

# **Figuras e historias clínicas del Museo Olavide: Estudio dermatológico.**



Memoria presentada por:

**Felipe Heras Mendaza**

Para optar al grado de Doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid.

Directores: Dr. Amaro García Díez y Dr. Luis Conde-Salazar Gómez.



*A mi madre, por su ejemplo de lucha.*





## JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Pocos días después de comenzar a trabajar junto al Dr. Luis Conde-Salazar, en septiembre de 2005, éste me invitó a conocer una serie de figuras de cera que estaban siendo restauradas en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Se trataba de una colección de finales del siglo XIX y comienzos del XX que había servido en la docencia dermatológica del antiguo Hospital de San Juan de Dios, hasta que en 1966 fue clausurada. La colección era conocida como “Museo Olavide”, en honor a la contribución que tuvo en su creación el padre de la Dermatología española, José Eugenio de Olavide.

La existencia de unas figuras de estas características y las jugosas historias clínicas que presentaban me dejaron fascinado. Comencé a interesarme por éste y otros museos similares en el mundo, por los médicos y artistas que crearon la colección y por una época de la Dermatología que desconocía por completo. El Dr. Conde-Salazar premió mi entusiasmo invitándome a colaborar en varios trabajos acerca de la historia del Museo y su recuperación, en los que tuve el honor, más que el mérito, de participar. Sin embargo, siempre tuve la sensación de que faltaba un estudio orientado hacia los aspectos médicos de las figuras e historiales que los acompañan, y guardaba la esperanza de llevarlo a cabo cuando se completara la recuperación de todas las figuras que conformaban el Museo en sus años de esplendor.

He seguido muy de cerca el proceso de recuperación y restauración de estas figuras, los debates que suscitan y las dificultades para su reexposición. Por ello, he sido testigo de cómo, del entusiasmo inicial de todos los dermatólogos españoles, se fue pasando a un cierto desinterés acerca del futuro de las piezas del Museo. La falta de apoyo institucional es la principal razón de la desidia en la que parece caer de nuevo esta colección. Sólo la *Academia Española de Dermatología*, muy pocas y honrosas empresas farmacéuticas y el empeño de algunas personas, sustentan la recuperación de estos modelados. Todo ello no es suficiente, y hoy en día no es seguro que se pueda mantener su recuperación, pareciendo cada vez más incierto el proyecto de volver a exponer la colección. Tristemente, las figuras restauradas se cubren con plásticos, se embalan en cajas y vuelven a almacenarse.

La idea de esperar a la completa recuperación de las figuras para comenzar este trabajo parecía, por lo tanto, abocada al fracaso. Sin embargo, ya se había encontrado un número representativo de modelados e historiales del antiguo Museo como para poder extraer conclusiones médicas acerca de la colección, por lo que no demoré más el estudio que me había propuesto, convencido de que se trataba de un “ahora o nunca” y de que podría servir, al menos, como memoria de un Museo que corre el riesgo de volverse a perder.

Ahora que he finalizado el trabajo y lo presento a la crítica de un Tribunal, son otras mis conclusiones. No se trata de unas simples figuras de cera, como otras que existen en el mundo, recordando una etapa en que la docencia dermatológica no podía ayudarse de la fotografía. El Museo Olavide es único en su género, rico en datos clínicos y asiento de unas figuras que no se encuentran en otras colecciones similares. Constituye un patrimonio científico y cultural que cualquier país estaría orgulloso de poseer. Como buenos españoles, menospreciamos el esfuerzo de muchos de nuestros antepasados, mientras valoramos en su justa medida los logros extranjeros. De esta forma, no hemos prestado la atención merecida a esta colección, a los personajes que la crearon y a las enseñanzas que nos puede mostrar.

El trabajo que he realizado analiza aspectos médicos muy diversos, por lo que está sujeto a la crítica en multitud de campos. Nada me gustaría más que escuchar otras opiniones acerca de las conclusiones médicas que extraigo, o el hecho de que en el futuro puedan existir otros estudios que profundicen o refuten el mío. Pero sería igual de gratificante si este trabajo sirve para dar a conocer la importancia del Museo Olavide, impulsando, en alguna medida, su recuperación y exposición en un espacio acorde a la categoría de sus piezas.

## AGRADECIMIENTOS

*Al Dr. Luis Conde-Salazar, director del Museo Olavide, quien no sólo me aportó la idea que dio origen a este trabajo, sino que me facilitó multitud de documentos, datos, ayuda y aliento en el día a día. Igualmente quiero agradecer al Dr. Amaro García sus consejos y excelente predisposición.*

*A David Aranda y Amaya Maruri, restauradores del Museo Olavide, por las fotografías de las figuras, bases de datos, fichas de restauración y documentación variada; por su paciencia conmigo y amabilidad; por su dedicación y perfeccionismo en el proceso de restauración y cuidado de las figuras.*

*Por poner a mi disposición multitud de textos que de otra forma me hubiera sido muy difícil conseguir, quisiera dar las gracias aquí a Pilar Hernández, Juana Arranz y Laura García-Peñuela, estupendas personas que trabajan conmigo y se han desplazado por mí en búsquedas de documentos; a Milagros Campos, de la Academia Española de Dermatología; a la Dra. Natalie M. Curcio, de la Universidad de Vanderbilt; a Isabel Julián, por su dossier sobre el Museo; a la empresa Google Inc., por su fantástico servicio de Google Books, y a las bibliotecas del mundo que colaboran en este proyecto, pero muy especialmente a las de la Universidad Complutense de Madrid, Harvard y Stanford; al Dr. Emilio del Río, a quien, además de la documentación prestada, estoy agradecido por su magnífica Tesis Doctoral, que me sirvió de ejemplo e inspiración para este trabajo.*

*A Román Arjona, por sus brillantes consejos y su ayuda en la maquetación; a mi hermana, por tablas varias y trabajo ingrato; a Pablo Monge, por las dudas químicas resueltas; a mi madre, por su ayuda como madre e historiadora, por sus ideas y correcciones; a Carmen Gracia, por la inspiración cuando estuve atascado.*

*A Olavide, Castelo, Azúa y todos los que crearon el Museo Olavide, por hacerme ver la Dermatología desde una perspectiva más amplia.*



# ÍNDICE

<i>Justificación del trabajo</i>	5
<i>Agradecimientos</i>	7
<i>Índice</i>	9
<b>Introducción</b>	<b>13</b>
El origen de los modelados de cera	16
Las colecciones de modelados dermatológicos	18
Composición y técnica de los modelados	21
El ocaso de los modelados	22
Auge y declive del Museo Olavide	24
Recuperación del Museo Olavide	31
Posibilidades médicas del Museo Olavide	33
<b>Objetivos</b>	<b>35</b>
<b>Materiales y método</b>	<b>37</b>
<b>Resultados</b>	<b>39</b>
<b>Figuras e historias clínicas: Aspectos generales</b>	<b>41</b>
Figuras recuperadas	41
Patologías representadas en las figuras	42
Historias clínicas recuperadas	44
Catálogo de historias clínicas de 1883	46
Estructura de la historia clínica	48
Numeración	48
Procedencia del paciente	49
Médico encargado del enfermo	49
Médicos firmantes	49
Texto	49
Figuras sin historia clínica	51
<b>Anamnesis</b>	<b>55</b>
Datos de filiación y profesiones	55
Antecedentes familiares	60
Antecedentes personales	62
Historia de la enfermedad actual	67
<b>Exploración física</b>	<b>75</b>
Exploración dermatológica	75
El chancro como ejemplo	79
Exploración sistémica	84
Preparados anatómicos	86
La exploración y las pruebas complementarias	88
El realismo de las figuras	91
<b>Aclaraciones sobre determinados diagnósticos</b>	<b>95</b>
Uretritis, chancros y chancroides	95
Fagedenismo y serpiginismo	97
Vegetaciones	101
Placas mucosas	103
Elefantiasis	106
Escrofulídes	110
Lupus y estíomeno	115
Herpetismos	119
Herpétide maligna exfoliatriz de Bazin	124
Fungus	128

Gangrena húmeda y gangrena seca	131
Pseudoepitelioma o dermatitis papilomatosa vegetante de Azúa	136
Queratodermias blenorragicas	144
Sarcomas y epitelomas	147
Nevos melanocíticos y enfermedad de Recklinghausen	151
Dermatitis de contacto	156
Miscelánea	162
Úlcera callosa	162
Eczema rubrum	163
Tiña pelada	164
Acné varioliforme	165
Dermatitis séptica ampollosa	167
Queratoderma hereditaria de Azúa	168
Pitiriasis nigricans	171
Ectima terebrante	172
Diagnósticos parecidos a los actuales	174
<b>Patologías y cuadros clínicos que no se observan hoy día</b>	<b>179</b>
Sífilis	179
Primoinfección sífilítica	180
Sífilis secundaria	185
Sífilis terciaria	196
Sífilis congénita	204
Tiñas fávicas	208
Tuberculosis cutáneas	216
Lupus vulgar	216
Tuberculosis verrucosa cutis	220
Escrofuloderma	222
Secuelas cicatriciales	225
Linfedemas tuberculosos	227
Complicaciones neoplásicas	228
Tuberculosis orificial	228
Tubercúlides	230
Lepra	232
Viruela	240
Pelagra	242
Toxicodermias	248
Copaiba	248
Mercurio	250
Salvarsán	252
Halogenodermas	255
Foto-toxicodermia por acridina	257
Otros cuadros	259
<b>Tratamientos</b>	<b>265</b>
<b>Alimentación</b>	<b>267</b>
Ración	268
Media ración	268
Dieta	268
Vino	268
Infusiones y cocimientos	269
<b>Tratamientos tópicos</b>	<b>271</b>
Cataplasmas	271
Tiras de emplastro de Vigo	273
Polvos de almidón	274
Polvos de alumbre calcinado	274
Solución de ácido fénico	274
Alcohol alcanforado	276
Nitrato de plata	276
Hila seca	277
Cloruro de zinc	277

Ácido crómico	278
Mucilago de zaragatona	279
Ungüento de estoraque	279
Mercurio tópico	280
Permanganato potásico	286
Colirio de Fernández	286
Sulfato de cobre	287
Colirio verde	287
Atropina	287
Colirio de yoduro potásico	288
Agua clorurada	288
Yodo	288
Preparados azufrados	289
Aceite de enebro	291
Glicerina	292
Brea	292
Resorcina	294
Pomada de ácido crisofánico	294
Pomada de ácido pirogálico	294
Ácido salicílico	295
Subnitrato de bismuto	295
Bromuro potásico	296
Agua de bórax	296
Sulfato de sosa	296
Tanino	297
Morfina	297
Vino aromático	298
Clorato potásico	299
Colutorio aluminoso	299
Percloruro de hierro	300
Cerato simple	300
Agua vegeto-mineral	300
Pomada de timol	301
Baños generales	301
Cantáridas	302
<b>Tratamientos sistémicos</b>	<b>305</b>
Mercurio sistémico	305
Yoduro potásico	312
Bromuro potásico	313
Yoduro de hierro	314
Tintura alcohólica de yodo	314
Subnitrato de bismuto	316
Arsénico	316
Purgantes	320
Bicarbonato de sosa	322
Hierro	323
Quina	326
Clorato potásico	327
Agua alcoholizada	327
Fosfato de cal	327
Ácido fénico	328
Salol	330
Opio	331
Aceite de hígado de bacalao	332
Jarabe simple	333
Alcanfor	333
Jarabe balsámico de Tolú	333
Cloruro de pilocarpina	334
Cicuta	335
Bálsamo de copaiba	335

Cubeba	336
Tártaro estibiado	337
<b>Tratamientos quirúrgicos</b>	<b>339</b>
Anestesia	341
Cateterismos vesicales	342
Cirugía de fistulas y abscesos escrotales	342
Circuncisión	345
Desbridamientos y drenajes	346
Cierre de la herida quirúrgica	350
Cauterizaciones quirúrgicas	351
Cirugía plástica y reparadora	356
Cirugía oncológica	359
<b>Otros tratamientos</b>	<b>365</b>
Depilación	365
Evacuaciones sanguíneas	367
Vendajes compresivos	370
Lavativas	370
Balneoterapia y talasoterapia	371
Radiumterapia	373
<b>Estancia hospitalaria</b>	<b>377</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>381</b>
<b>Anexos</b>	<b>391</b>
Relación de figuras recuperadas (fr)	393
Relación de historias clínicas recuperadas (hc)	407
Terminología distinta a la actual	415
Relación de tratamientos tópicos	417
Relación de tratamientos sistémicos	423
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>429</b>



## **INTRODUCCIÓN**



La Dermatología, como especialidad médica que se ocupa de la parte más accesible del cuerpo humano, tiene en la imagen su sustento principal. La descripción oral o literaria de una enfermedad, como la descripción de cualquier acontecimiento de la vida, o incluso la expresión de una idea abstracta, se traduce en una serie de imágenes en nuestra mente. Desde el momento en el que oímos o leemos algo, “imaginamos” los hechos; es decir, nuestro cerebro crea representaciones aproximadas para entenderlos y recordarlos. Sin embargo, mostrar la imagen original a nuestro cerebro, sin que él mismo deba crearla, resulta un método más rápido y eficaz para transmitir una información.

Los enfermos que padecen una condición dermatológica suelen buscar ayuda ante el hecho de la imagen alterada que observan en su cuerpo, y no tanto por los síntomas físicos que experimentan. Por ello, de cara a la enseñanza y el recuerdo de estas enfermedades, se hace fundamental la ilustración de sus lesiones. Actualmente se emplea la fotografía como método de ilustración dermatológica, pero hasta que esta técnica no estuvo lo suficientemente desarrollada, en color y con una calidad aceptable, se utilizaron dibujos, grabados y esculturas.

De todos los métodos empleados, el que más semeja la realidad son las esculturas realizadas con cera, denominadas modelados de cera o *moulages*. Se trata de la representación tridimensional de la parte del cuerpo que presenta un cuadro patológico. La cera y los materiales que se le añaden otorgan a estas esculturas una imagen muy aproximada al paciente real. Por ello, la técnica se extendió como forma de enseñanza en las diferentes clínicas dermatológicas a finales del siglo XIX, y constituyó el mejor medio de ilustración dermatológica hasta los años 1950, cuando la fotografía se implantó de forma avasalladora como forma de representación gráfica.

En el Hospital de San Juan de Dios de Madrid existió una colección pionera de modelados dermatológicos, conocida bajo el nombre de “Museo Olavide”. Sus figuras y documentos están siendo recuperados en la actualidad, lo que permite el estudio médico de la colección, única en el mundo en muchos aspectos y, sorprendentemente, bastante desconocida a nivel nacional e internacional.

### ***El origen de los modelados de cera***

La cera ya era utilizada en la antigüedad para la fabricación de herramientas y otros objetos de metal, mediante la técnica de la fundición a la cera perdida. En el antiguo Egipto se empleó con fines artísticos y religiosos, de donde pasa al mundo Greco-romano<sup>1, 2</sup>. En la Grecia clásica existía la costumbre popular de realizar figuras de cera representando miembros u órganos enfermos (“exvotos”), que se ofrecían a los dioses persiguiendo obtener la curación. La tradición de los exvotos se siguió manteniendo en el cristianismo, llegando de esta forma hasta nuestros días<sup>3</sup>.

La creación de figuras de cera con fines científicos comienza a desarrollarse en el Renacimiento (siglo XVI), época en la que se adquiere un gran interés por el conocimiento del cuerpo humano. El estudio anatómico con cadáveres resultaba dificultoso, tanto por motivos religiosos como por la imposibilidad de mantener los tejidos en condiciones adecuadas más allá del cuarto día de fallecimiento<sup>4</sup>. Por ello, se prefiere la representación en grabados y, de forma mucho más realista, en esculturas. Aunque se ensayaron materiales como la madera, las esculturas fabricadas con cera otorgaban un color y una textura mucho más vívida, por lo que esta técnica se fue imponiendo y perfeccionando durante los siglos XVI, XVII y XVIII<sup>5, 6</sup>.

Es en Italia donde se desarrolla el estudio anatómico con modelados de cera, principalmente a través de la escuela boloñesa y florentina. Diferentes escultores trabajaron en el perfeccionamiento de estas técnicas, pero fue la que se llevaba a cabo en Florencia la que finalmente se impuso, ya que permitía la extracción de múltiples copias de un mismo molde<sup>7</sup>. El museo anatómico *La Specola*, fundado en Florencia en 1775, y que aún hoy puede visitarse, es el mejor reflejo de este trabajo. En él se expusieron una gran variedad de esculturas anatómicas en cera, que rápidamente adquirieron fama internacional<sup>4</sup>.

Distintas figuras originales y copias del museo *La Specola* recalaron en otros museos de Europa, con lo que la técnica del modelado anatómico y su trabajo con cera se extendió. Algunas de sus esculturas fueron compradas para crear nuevas colecciones<sup>4</sup>, mientras que en otros casos la difusión se debió a una serie de discípulos instruidos por los escultores anatómicos de Florencia<sup>8</sup>. De esta forma, se crearon colecciones en las

principales ciudades europeas, que pretendían facilitar la enseñanza anatómica para la sanidad civil y militar<sup>9, 10</sup>.

En Madrid se comenzaron a crear este tipo de piezas anatómicas en 1787, en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos. Uno de sus escultores fue Franceschi, discípulo de la escuela florentina, por lo que es de suponer que fue el responsable de la importación a España de la técnica del modelado con cera<sup>11</sup>. Aún hoy se pueden apreciar bellos ejemplos de estos primeros modelados anatómicos, como el correspondiente a una embarazada a término con el feto expuesto (Figura 1). La colección completa, constituida por moldes en cera y escayola, cráneos, fetos y diversas curiosidades anatómicas, se puede visitar en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.



**Figura 1**

Figura de cera del Museo Anatómico de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

La colección del Real Colegio de Cirugía de San Carlos fue la semilla de otras muchas que se formaron a lo largo del siglo XIX en todo el país. Los responsables del museo madrileño publicaron la técnica para la realización de estos modelados<sup>12</sup>. Además, se reguló escrupulosamente el método de enseñanza con figuras de cera para los Gabinetes

Anatómicos de los Colegios de Medicina y Cirugía de España, la forma de elegir a los escultores, sus pagas y el cotejo de su trabajo con el cadáver<sup>13</sup>.

Sin embargo, el interés médico por la anatomía decaía a medida que avanzaba el siglo XIX, en detrimento de la histología y la fisiología. Por ello, las esculturas anatómicas fueron menos demandadas, aunque siguieron realizándose<sup>14</sup>. En su declive también intervino una legislación más permisiva acerca de las disecciones en cadáveres y el desarrollo de técnicas de fijación de tejidos que permitían su estudio más allá del cuarto día de fallecimiento<sup>15, 16</sup>. Los escultores anatómicos orientaron su trabajo hacia otras áreas de la Medicina, como la Obstetricia, la Oftalmología o la Medicina forense<sup>17</sup>, aunque fue en el campo de la Dermatología y Venereología donde la técnica del modelado con cera encontró un mayor desarrollo, extendiéndose a las principales clínicas dermatológicas entre finales del siglo XIX y comienzos del XX.

### ***Las colecciones de modelados dermatológicos***

Durante la primera mitad del siglo XIX se realizaron algunos modelados dermatológicos con cera en diferentes centros de Europa. Su creación correspondía a escultores que no tuvieron conexión entre sí, ni tampoco sucesores directos. El más importante de ellos fue Joseph Towne (1808-1879), quien modeló cerca de 560 figuras representando enfermedades cutáneas. Su colección aún puede visitarse en el *Guy's Hospital* de Londres<sup>8, 18</sup>. Celoso de su trabajo, Towne nunca accedió a revelar el secreto de su técnica ni a tener discípulos. Sin embargo, ofreció diferentes exhibiciones y conferencias, además de vender muchas de sus figuras a clínicas extranjeras, lo que contribuyó a la expansión posterior de los *moulages* en Dermatología<sup>19</sup>.

La difusión de estos modelados como método de enseñanza tiene lugar en la segunda mitad del siglo XIX, coincidiendo con la apertura de varias clínicas dermatovenereológicas por toda Europa y el comienzo de la enseñanza universitaria de la especialidad. El I Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía, celebrado en París en 1889, constituyó la consagración de la Dermatología como rama de la Medicina, además de servir de confrontación entre las distintas escuelas. La reunión tuvo lugar en el Hospital de Saint Louis, en la sala utilizada para la exposición de las figuras de cera que se venían realizando en este centro desde 1867<sup>20</sup>. Además, en este

congreso también se mostraron otros 90 modelados trasladados por los Dres. Olavide (padre e hijo) y Castelo (padre e hijo) desde el Hospital de San Juan de Dios de Madrid<sup>21</sup>, donde el escultor Enrique Zofío trabajaba desde, al menos, 1870.

En 1889, sólo en París y Madrid se creaban estos modelados dermatológicos, de forma que sirvieran como método para representar tanto las patologías más típicas como los cuadros más raros y peculiares. Sin embargo, las figuras expuestas en el Congreso entusiasmaron de tal forma a los médicos asistentes, que regresaron a sus países de origen con la idea de crear sus propias colecciones<sup>22, 23</sup>. Así, entre finales del siglo XIX y comienzos del XX, se formaron diversos museos en Austria<sup>23</sup>, Alemania<sup>24, 25</sup> y Suiza<sup>26</sup>, entre otros países europeos, que a su vez fueron la semilla de otras colecciones en el continente americano<sup>27, 28</sup>, Asia<sup>29</sup>, Sudáfrica y Australia<sup>30</sup>. En definitiva, el método de representación dermatológica por medio de figuras de cera se extendió por todos los rincones del mundo. Los distintos centros contaban con sus propios escultores, formados generalmente en clínicas europeas, o bien adquirían modelados mediante la compra de copias de otros museos.

La función principal de estas figuras de cera residía en la muestra de cuadros dermatológicos a médicos y estudiantes, que podían apreciar de esta manera las patologías en tres dimensiones, a todo color y sin la presencia del paciente (Figura 2). Estas representaciones escultóricas fueron el método más eficaz para ilustrar las enfermedades cutáneas hasta que la fotografía en color se desarrolló completamente.

Sin embargo, la fabricación *per se* de modelados también se utilizó como método de enseñanza. Algunos profesores animaban a los jóvenes dermatólogos a ejercitarse en la técnica de fabricación de *moulages*, de forma que pudieran apreciar mejor los detalles clínicos de cada patología<sup>23</sup>. Este hecho contribuyó, a su vez, a la creación de nuevas colecciones en diversos lugares del mundo, una vez que los dermatólogos extranjeros regresaban a sus países de origen tras una estancia en clínicas europeas<sup>25, 31</sup>.

No todas las colecciones se realizaron para instruir a médicos y estudiantes. Algunas tuvieron como finalidad la difusión pública de los estragos de ciertas enfermedades y la forma de prevenirlas. Su mejor ejemplo lo constituía el “Museo de Higiene”, ubicado en Dresde (Alemania), que mostraba exposiciones orientadas a la divulgación de

enfermedades venéreas, el cáncer o los cuidados del niño<sup>25</sup>. También existió una colección de *moulages* de cera con una función similar en Barcelona<sup>3</sup>.



**Figura 2**

Figuras de cera del Museo Olavide, realizadas por el escultor José Barta. Corresponden a un paciente diagnosticado por Sáinz de Aja de “*Acné necrótico*” (fr-321).

Las figuras de cera se utilizaron igualmente en la ilustración en color de tratados dermatológicos durante la primera mitad del siglo XX, antes de que la fotografía en color se desarrollara completamente. Para ello, se empleaba la técnica de la citocromía, que necesita varias exposiciones fotográficas, durante un tiempo prolongado, de una imagen inmóvil, algo que no puede lograrse con pacientes<sup>32</sup>. De esta forma, se ilustraron tratados dermatológicos con imágenes que nada tienen que envidiar, en su calidad docente, a las mejores fotografías realizadas actualmente sobre enfermos<sup>33, 34</sup>.

Fuera del campo clínico, también se realizaron *moulages* dermatológicos sobre animales, que servían en la demostración de determinados experimentos médicos, de forma que sus resultados podían mostrarse públicamente y a todo color<sup>32</sup>.

Por lo tanto, aunque la creación de los modelados dermatológicos perseguía crear museos donde médicos y estudiantes pudieran analizarlos detenidamente, también se



utilizaron para la educación sanitaria social, la ilustración de textos científicos y la demostración de ensayos clínicos, entre otras finalidades.

*Composición y técnica de los modelados:* La composición empleada en la manufactura de los modelados de cera difería de unos escultores a otros<sup>30</sup>. La mezcla de las ceras utilizadas, principal responsable de la calidad final del trabajo, era casi siempre una fórmula guardada con enorme secreto. Towne, precursor de los *moulages* dermatológicos, trabajaba en un taller del que sólo él poseía la llave, de forma que nadie pudiera observar su labor. Sin embargo, a través de sus figuras se puede apreciar cómo utilizaba los mismos moldes para representar diferentes patologías<sup>19</sup>, lo que simplifica bastante la tarea. Baretta, que realizó unas 2000 figuras para la colección parisina del Hospital de Saint Louis, y otras muchas para diferentes hospitales y clínicas privadas, también rechazó enseñar su técnica y la mezcla de ceras que utilizaba<sup>23</sup>.

El secreto en la manufactura de estos modelados continuó siendo la norma durante el siglo XX<sup>35</sup>, y aunque en alguna ocasión se llegó a patentar su procedimiento, no se hizo lo mismo con la mezcla de las ceras utilizadas<sup>36</sup>. Hubo, sin embargo, escultores que sí aceptaron aprendices, como los responsables de los museos de Viena o Berlín, y que fueron, por lo tanto, claves en la difusión de la técnica a todos los continentes<sup>23, 25</sup>.

En España, el secretismo también fue algo menor. La técnica y materiales necesarios para la realización de figuras con cera se hicieron públicos a comienzos del siglo XIX, recogiendo Bonélls y Lacaba, en su tratado de 1820, las proporciones de cera, manteca y trementina que utilizaban en sus modelados anatómicos, además de la adición de lacas y distintos colorantes según las estructuras que se pretendieran imitar<sup>12</sup>. Enrique Zofío, principal escultor del Museo Olavide, también se prestó a mostrar la técnica que utilizaba, la composición de la masa, pigmentos y demás detalles necesarios, de manera que el Museo siguiera enriqueciéndose con nuevas figuras realizadas por sus sucesores<sup>21</sup>. En una nota manuscrita en 1891 por Zofío<sup>a</sup>, en la que hace una relación de los gastos del Museo, se advierte que empleaba cera blanca, trementina de Venecia, esperma de ballena, barnices y cola de pescado, entre otros compuestos, para la confección de sus figuras.

---

<sup>a</sup> Se trata de un documento encontrado en una de las cajas donde se embolsó el Museo Olavide al ser clausurado.

El proceso general de fabricación de los *moulages* comienza con la recogida de un molde en negativo de la lesión que se pretende representar. Para ello, se cubre el área anatómica del enfermo con yeso húmedo. Una vez seco este yeso pocos minutos después, se vierte en él la cera líquida, mezclada con las distintas sustancias que añadía cada escultor. La forma de esta cera, una vez solidificada, se mejoraba manualmente visualizando las lesiones del enfermo. A continuación, se añaden diferentes materiales para conseguir un color y efecto lo más realista posible, como pigmentos, resinas, pelos u ojos de vidrio<sup>8, 37</sup>. Finalmente, se monta la figura en un tablón de madera, envolviéndola en una tela blanca, que sirve al mismo tiempo de embellecedor y como sujeción.

Esta técnica general estaba sujeta a variaciones. Una de ellas consistía en modelar primero un núcleo de cera o de tiza, para verter sobre él el yeso líquido, en vez de hacerlo sobre la piel del enfermo. A continuación, se seguían los mismos pasos descritos anteriormente, con el vertido de cera sobre el yeso seco y los retoques siguientes. Ésta parece ser la técnica utilizada en algunos modelados del Museo Olavide, que muestran zonas anatómicas en las que la aplicación del yeso sobre la superficie del enfermo era más dificultosa<sup>38</sup>. Rafael López Álvarez, último escultor del Museo Olavide, también afirma haber realizado alguna figura vertiendo la cera tibia directamente sobre la piel del enfermo, de forma que se pudieran recoger las lesiones con mayor fidelidad<sup>39</sup>.

A lo largo del siglo XX se ensayaron materiales más económicos que la cera para realizar modelados dermatológicos, a veces con poco éxito, como fue el caso del plástico, utilizado en Dresde. En Hannover, sin embargo, se consiguieron resultados bastante satisfactorios con una mezcla de silicona, goma y plástico para el modelado de algunas figuras<sup>25</sup>.

*El ocaso de los modelados:* Las figuras de cera sirvieron para la docencia dermatológica durante gran parte de los siglos XIX y XX, aunque a medida que se desarrollaba la técnica fotográfica, que permite ilustrar enfermedades y almacenar las imágenes con mayor eficacia, los *moulages* dejaron de ser tan demandados. El declive de estas colecciones se acentuó especialmente a partir de 1950, y a pesar de algunos

intentos por reflotar el arte, los escultores dermatológicos perdieron su función<sup>25</sup>. Los modelados de cera representan de forma muy fidedigna el cuadro clínico del paciente, en tres dimensiones y a escala natural, causando una impresión mayor en el observador que la obtenida mediante una fotografía. En contrapartida, se trata de objetos frágiles, caros de producir y mantener, dificultosos de transportar y que requieren mucho espacio y cuidados para ser expuestos.

Según Thomas Schnalke, gran conocedor de los *moulages* médicos, el perfeccionamiento de la imagen fotográfica podría no ser la única causa de su declive. Schnalke apunta también a la tendencia actual a evitar los sentimientos de curiosidad y repulsión que despiertan, incluso entre los médicos, unas figuras tan realistas. Los libros de texto de hoy en día, siguiendo una filosofía racionalista, contienen multitud de gráficos y tablas “frías”, que impiden la impresión del estudiante. Este pudor imperante tendría, por lo tanto, un efecto contraproducente en la enseñanza<sup>40</sup>. Un acontecimiento reciente apoya la visión de Schnalke, y es el gran éxito de público, a nivel mundial, que ha tenido la exposición anatómica “*Bodies... The Exhibition*”<sup>41</sup>. La impresión causada al visitante, que aprecia cadáveres preservados imitando actividades de la vida diaria, es la base de su éxito. Gracias a ello, se han divulgado ciertos conocimientos anatómicos que de otra forma no habrían llegado al gran público.

Actualmente, la suerte de las antiguas colecciones de *moulages* dermatológicos es muy dispar. Muchas de ellas se han perdido o están fragmentadas en distintos lugares; otras se encuentran almacenadas en sótanos; algunas, sin embargo, siguen exponiéndose en todo su esplendor. El mejor ejemplo de ello lo constituye la colección del Hospital parisino de Saint Louis, considerada la mejor del mundo. En este centro se dejaron de realizar modelados dermatológicos en 1958<sup>42</sup>, pero el museo permaneció abierto y aún se puede visitar en una espléndida galería de dos pisos. Cuenta con un total de 4807 figuras, de las cuales 4104 están dedicadas a sífilis y enfermedades de la piel<sup>43</sup>, siendo el resto modelados pediátricos y quirúrgicos<sup>44</sup>.

En los últimos años, la inquietud por la recuperación de estas colecciones parece resurgir, fruto tanto de su valor histórico como educativo. Una reciente reunión internacional sobre estos *moulages*, celebrada en Dresde entre el 24 y 26 de septiembre

de 2009, ha logrado congrega a una serie de expertos que, desde distintos paíes, luchan por preservar estas colecciones y rescatarlas del olvido.

### *Auge y declive del Museo Olavide*

Durante el siglo XIX existieron en España diversas colecciones de modelados anatómicos, que fueron precursoras del Museo Olavide. Como antecedente dermatológico, también hubo en el Gabinete Dermatológico de la Facultad de Medicina de Madrid una colección de unas 200 figuras de cartón-piedra y láminas, representando enfermedades cutáneas y sifilíticas, que fueron compradas de la colección del Dr. Thibert<sup>22</sup>. En la actualidad sus piezas no se conservan, aunque en el tratado de Murrieta puede apreciarse una relación explicada de sus láminas<sup>45</sup>.

El Hospital de San Juan de Dios de Madrid, asiento del Museo Olavide, fue a lo largo de su historia un centro de referencia en la atención de los enfermos con patologías venéreas. El Hospital se fundó en 1552, siendo regentado durante tres siglos por los frailes de la Orden de San Juan de Dios, que estudiaban Medicina y Cirugía en la Universidad de Alcalá de Henares. A partir de 1834, los frailes fueron siendo sustituidos por médicos y cirujanos seglares, como Nicolás de Alfaro, Aguedo Pinilla o Eusebio Castelo<sup>46</sup>. Posteriormente, en él trabajarían Olavide, Sanz Bombín, Azúa, Sáinz de Aja, Covisa y Bejarano, entre otros médicos que conformaron la principal escuela dermatológica española<sup>47</sup>.

Dentro de este Hospital se empiezan a realizar, en la década de 1870, las primeras figuras de cera de pacientes con cuadros dermatológicos y venereológicos, acompañándolas además de una historia clínica completa. El 26 de diciembre de 1882, con las cerca de 140 piezas creadas hasta entonces, se inauguró oficialmente el Museo. Fue un acto solemne en el que los Dres. Olavide y Castelo (padre) leyeron sendos discursos, resaltando el trabajo realizado y los beneficios docentes que aportaría esta colección. El nombre oficial con el que se bautizó al hoy conocido como Museo Olavide fue el de “Museo anatomo-patológico, cromo-litográfico y microscópico, del Hospital de San Juan de Dios”, y en él, además de las figuras de cera, se exponían láminas del famoso “*Atlas de la Clínica Iconográfica [...]*” de Olavide, preparaciones histológicas, fotografías y fototipias<sup>22</sup>.

Con el traslado del Hospital de San Juan de Dios en 1897 desde la calle Atocha a la calle Doctor Esquerdo, el Museo Olavide siguió ocupando un sitio destacado en el nuevo centro. Las figuras se agrupaban en diferentes armarios, que contenían en torno a diez modelados cada uno, ordenadas por patologías o por características clínicas comunes<sup>48</sup> (Figura 3). Existía un taller cercano al Museo donde las piezas eran retocadas cada cierto tiempo, de modo que se hallasen siempre en perfecto estado de conservación<sup>49</sup> (Figura 4).



**Figura 3**

Sala de exposición del Museo Olavide en las dependencias del antiguo Hospital de San Juan de Dios, donde actualmente se ubica el Hospital Gregorio Marañón. (Fotografía aportada por Isabel Julián).

La principal función de esta colección era su labor docente hacia otros médicos y estudiantes de Medicina, aunque en sus estancias también se celebraban reuniones y conferencias científicas. Igualmente, tuvo una función divulgativa entre la sociedad, ya que, al menos durante su última etapa, estaba abierto al público de forma gratuita los domingos por la mañana, visitándolo agrupaciones de empresas, alumnos de instituto o militares, a los que se pretendía advertir del riesgo de las enfermedades venéreas<sup>50, 51</sup>. Como reflejo de esta función educadora social cabe mencionar la película cinematográfica *“La terrible lección”*, producida en 1927 por el Comité Ejecutivo Antivenéreo. En ella se muestra el Hospital de San Juan de Dios, con sus personajes

reales, y una visita a su Museo, ofrecida por el escultor José Barta. La película recoge una historia de ficción con funciones educativas y moralizantes sobre de las enfermedades venéreas, y constituye asimismo un interesante documento histórico acerca de éste y otros establecimientos sanitarios del Madrid de la época<sup>52</sup>.



**Figura 4**

Taller para el modelado y conservación de las figuras del antiguo Museo Olavide.  
(Fotografía aportada por Isabel Julián).

Al igual que otras colecciones similares, la del Museo Olavide sirvió de ilustración fotográfica de algunos textos y revistas, como se aprecia en los primeros números de la revista *“Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía”*. Esta publicación se editó entre 1925 y 1936, recogiendo fotografías en color y blanco y negro de modelados del Museo, con la idea de que sus suscriptores pudieran crear un atlas dermatológico.

El escultor responsable de la mayor parte de las figuras del Museo Olavide es **Enrique Zofío Dávila** (Figura 5). Enrique Zofío (Madrid, 1835-1915) se formó en la Real Academia de Pintura y Escultura de San Fernando entre 1852 y 1857, especializándose en la realización de modelados anatómicos<sup>53</sup>. Tuvo un papel muy destacado en la creación y conservación de una colección anatómica que pertenecía a la Sanidad Militar, desarrollada a partir de 1857. Desgraciadamente, sus piezas se destruyeron en un incendio en 1889, y aunque la colección se intentó rehacer posteriormente, nunca

llegó a recuperarse por completo. Actualmente, los modelados anatómicos que Zofio realizó para la Sanidad Militar tras el incendio están en paradero desconocido<sup>54, 55</sup>.

Zofio viajó en dos ocasiones a París, en 1878 y 1882, con el fin de perfeccionar su técnica<sup>a</sup>. De las instituciones que efectuaban los pagos de dichas estancias se deduce que el escultor ya trabajaba en esas fechas tanto para la Sanidad Militar como para la Diputación Provincial de Madrid<sup>56</sup>. Su pertenencia al estamento militar y su labor como escultor del Hospital Militar de Madrid se encuentran mejor documentadas<sup>57</sup>. Desconocemos, sin embargo, cómo entró en contacto con los dermatólogos del Hospital de San Juan de Dios y el tipo de contrato que mantenía con esta Institución, perteneciente a la Diputación Provincial.

Las primeras figuras realizadas por Enrique Zofio en el Hospital de San Juan de Dios datan de 1870, y su labor en este centro se extendió a lo largo de más de 30 años. A partir de 1901, Zofio adquiere un papel protagonista en el Museo Anatómico-Patológico del Hospital Militar, donde lleva a cabo su labor profesional hasta los 76 años de edad, en 1911<sup>58</sup>. Por esta mayor implicación en la Sanidad Militar, se comprende que a partir de 1901 fueran cada vez menos las figuras que modelara para el Museo Olavide. También existieron modelados de Zofio en varias Universidades españolas, como la de Santiago, Salamanca o Granada<sup>59</sup>. Algunos de ellos se conservan actualmente, y corresponden a copias extraídas de los moldes que efectuaba en Madrid, que probablemente vendió a título particular.

En 2006 conseguimos contactar con una nieta de Enrique Zofio<sup>b</sup>, y, a través de ella, con los biznietos y otros descendientes. Su familia, que ha traspasado la admiración por el escultor a través de las generaciones, lo describe como una persona muy trabajadora, inquieta y entusiasta. Aunque Zofio no era médico, sí tuvo una gran pasión por la Medicina, que debió transmitir a su descendencia, ya que uno de sus hijos, Antonio Zofio Urosa (1868-1923) fue dermatólogo, e incluso trabajó en el Hospital de San Juan de

---

<sup>a</sup> Desconocemos los centros que visitó en dichas estancias, aunque no parece que pudiera aprovecharse de la técnica del afamado escultor del Hospital de Saint Louis, Jules Baretta, ya que éste siempre rechazó tener aprendices.

<sup>b</sup> Se trata de Enriqueta Zofio López-Mezquía, una encantadora mujer que por entonces contaba con 99 años y que falleció en diciembre de 2008.



Dios. La calle Doctor Zofio de Madrid está dedicada a él. Un hijo de Antonio Zofio, Juan Zofio (1911-1986) fue médico internista<sup>60</sup>.



**Figura 5**  
Enrique Zofio, principal escultor del Museo Olavide (Fotografía de un retrato aportado por sus familiares).

Por la calidad de su trabajo y su dedicación, Enrique Zofio fue condecorado y premiado varias veces por el estamento militar<sup>61</sup>. Las alabanzas entre los dermatólogos de la época son múltiples. Un ejemplo de ello lo podemos apreciar en la crónica que el Dr. Fernando Castelo realizó del I Congreso Internacional de Dermatología, celebrado en París en 1889, y en el que se mostraron conjuntamente las figuras de Zofio y las que Baretta realizaba en el Hospital de Saint Louis. Castelo compara la textura de la cera, los matices del color cutáneo y el realismo de las lesiones entre las dos colecciones<sup>22</sup>:

*“Estas figuras, hechas por el hábil artista, nuestro compatriota y amigo D. Enrique Zofio, llamaron mucho la atención y fueron celebradas por todos y muy singularmente por los doctores Kaposi, Schwimmer, Boeck, Manssurof, Neumann, Morris, Schiff, etc.*

*Recordarán nuestros lectores que en nuestro primer artículo, a fuer de imparciales, elogiábamos como se merecen las figuras del Museo de San Luis hechas por M. Barettra; pues bien, si hemos de seguir siendo imparciales, a juzgar por las*



*obras del Sr. Zofío y para alentarle en su trabajo, le diremos que, hemos encontrado que en la composición y consistencia de la masa las figuras del Hospital de San Luis eran superiores a las del Sr. Zofío, en cambio, en las de éste hay más verdad en el tinte general que da a la piel; no todos los enfermos tienen el mismo grado de color ni el hombre de campo el mismo que el cortesano, y sobre ser más artístico copiar la realidad, es de importancia suma para muchas enfermedades en que el tinte general de la piel, lejos de ser caprichoso, tiene gran significación; ya pinta la anemia, ya retrata la caquexia, ya refleja otros estados generales que guardan relación con la enfermedad de la piel que se trata de representar. Tanto es así, que visto el museo de San Luis desde su centro y dirigiendo una ojeada rápida en derredor de las vitrinas no veis más que una sola tinta de color, debido indudablemente a que M. Baretta debe de tener una fórmula constante para dar el color general a la masa.*

*El de la lesión le da el Sr. Zofío tan bien como M. Baretta.”*

Otro aspecto destacado del Museo Olavide son las grandes dimensiones de sus modelados, que representan extensas zonas anatómicas, y no sólo la región afecta por la enfermedad dermatológica<sup>a</sup>. Esto mismo también fue resaltado por Fernando Castelo<sup>22</sup>:

*“Otra cosa que tenemos que celebrar en el Sr. Zofío, por el buen gusto artístico que revela y por lo que realza a los modelados, es que, si tiene que representar una lesión de un dedo, modela toda la mano; si una afección del pene, todo el aparato genital y parte de la pelvis, y lo mismo si se trata de una enfermedad de la matriz.*

*No es posible imaginarse el efecto tan extraño que produce ver en el Museo de San Luis el modelado de un dedo, un pene, o una matriz, aislado y simplemente rodeado en su base por un trozo de compresa.”*

**José Barta y Bernardotta** (¿1875?-1955) sucedió a Enrique Zofío como escultor del Museo Olavide, de quien aprendió los secretos de la composición y técnica de los modelados<sup>21</sup>. Barta trabajó en el Museo desde principios del siglo XX hasta 1940<sup>51</sup>. El número de modelados realizados por él es mucho menor que el de Zofío, a juzgar por

---

<sup>a</sup> Baretta, al igual que el resto de escultores que posteriormente trabajaron en distintas clínicas dermatológicas, se limitaba a realizar el modelado de la región afecta, por lo que sus figuras son más pequeñas y requieren menos trabajo. Por ello, a la hora de valorar una colección, no debe tenerse en cuenta solamente el número de piezas que la componen, sino también las dimensiones y calidad de sus figuras, entre otros aspectos.

las piezas recuperadas en la actualidad, aunque su trabajo presenta una calidad similar. Además de escultor, Barta fue un pintor de cierto renombre, ganando incluso la Medalla de Oro del Círculo de Bellas Artes. Su familia, plagada de artistas, lo describe como una persona bohemía y muy querida<sup>62</sup>.

**Rafael López Álvarez** (¿1900-1980?) fue el tercero y último de los escultores del antiguo Museo. Era Diplomado en Bellas Artes y profesor de dibujo, y por lo observado en las figuras recuperadas hasta la fecha y los testimonios del propio escultor, podría haber comenzado a trabajar en el Museo Olavide en la década de 1920<sup>51</sup>. Según relatan quienes lo conocieron, Rafael López era un personaje peculiar y muy reservado. Colaboró con Barta en el modelado conjunto de algunas esculturas, realizando muy pocas en solitario. Su labor consistió, más bien, en la conservación y restauración de los modelados, al trabajar en una época en que la actividad creadora del Museo ya entraba en declive.

En 1966 el Museo fue clausurado, ya que el Hospital de San Juan de Dios, situado entonces en la calle Doctor Esquerdo, iba a ser derribado para construir las instalaciones del actual Hospital Gregorio Marañón, que no preveían exponer estas figuras. Por entonces, y según un informe realizado por la periodista Isabel Julián Quiroga<sup>a</sup>, la colección contaba con 694 tableros, que hacen pensar que la cantidad total de figuras rondaría las 835<sup>b</sup>.

Fue Rafael López el encargado de embalar las figuras y la documentación existente en 212 cajas de madera<sup>51</sup>. Estas cajas fueron almacenadas en diferentes lugares a lo largo de los años. Así, viajaron al antiguo Hospital General, situado junto a la Glorieta de Atocha, pasando posteriormente a unas dependencias del Hospital Gregorio Marañón, para trasladarse hacia 1999 a unos almacenes del Hospital del Niño Jesús, donde han

---

<sup>a</sup> Se trata de un informe interno del Hospital Gregorio Marañón, no publicado, que fue realizado en 1997 por Isabel Julián, perteneciente en ese momento al Gabinete de Prensa del Hospital. El informe, titulado *“El Museo Olavide o el sueño del olvido”*, ofrece una breve historia del Museo con datos contrastados. Se acompaña de recortes de prensa, fotografías e incluso un vídeo doméstico que muestra el estado deplorable en el que se encontraban almacenadas las cajas.

<sup>b</sup> Extrapolando la cantidad de tableros hallados a fecha de 31 de julio de 2009 (402) y las figuras que contienen (482), parece que el número aproximado de figuras totales en el Museo en el momento de su clausura rondaba las 835. Algunos testimonios hablan de unas 1500 figuras, aunque esto no parece verosímil, ni guarda relación con el inventario realizado al cierre del Museo, ni con los datos aportados por su último conserje.

permanecido hasta que en fechas recientes han sido recuperadas para su restauración y conservación adecuada.

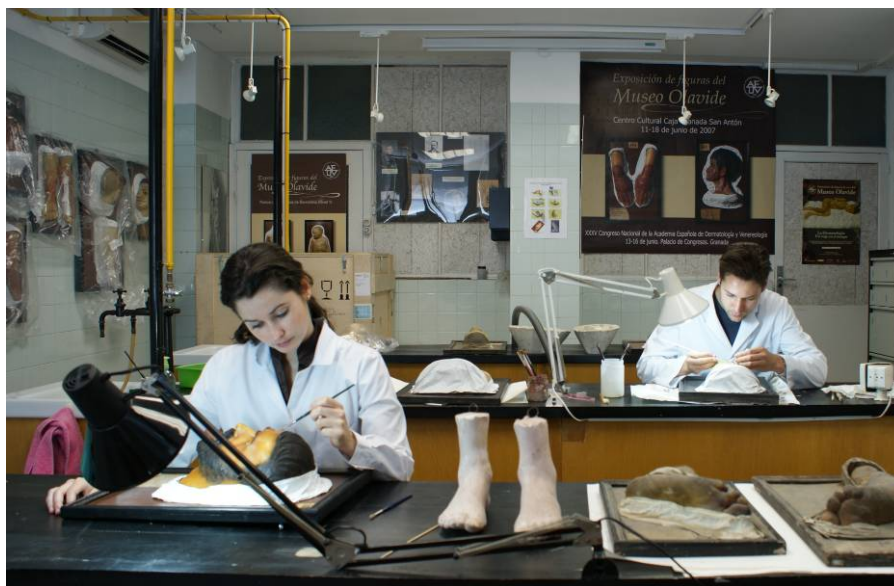
### ***Recuperación del Museo Olavide***

Las condiciones en las que se almacenaron las cajas que contenían las figuras del Museo Olavide dejaban mucho que desear. Abandonadas en sótanos, expuestas a familias de gatos, a la humedad e incluso al saqueo, algunas figuras se deterioraron enormemente o se extraviaron. Sin embargo, mientras la colección permaneció almacenada, fueron varias las personas que, como el Dr. García Pérez, lucharon insistentemente por rescatarla<sup>63</sup>. La necesidad de su recuperación y estudio también ha sido reflejada en algunos trabajos, como los realizados por los Dres. Calap Calatayud<sup>64</sup>, Padrón Lleo<sup>65</sup> y García Cubillana<sup>66</sup>. A pesar de ello, la falta de apoyo institucional hacía imposible esta labor, problema al que se enfrentan otras muchas colecciones en el mundo, que no encuentran los fondos necesarios para su conservación<sup>43, 67</sup>.

Aunque no se consiguieran resultados inmediatos, la perseverancia en la recuperación del Museo Olavide tuvo sus frutos años después. Así, en 2002, la Comunidad de Madrid encarga restaurar y exponer una serie de estas figuras al Dr. José Manuel Reverte, director del “*Museo de Antropología Forense, Paleopatología y Criminología*” de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Un equipo de colaboradores comienza entonces a trabajar en su restauración, de forma totalmente desinteresada. Sin embargo, el coste es alto y el número de esculturas existentes se va incrementando a medida que pasa el tiempo. En 2004, cuando el proyecto parecía abocado al fracaso, la *Academia Española de Dermatología y Venereología* (AEDV) decide realizar un importante esfuerzo para hacerse cargo del coste y de la calidad final de la restauración. Para ello, nombra al Dr. Reverte encargado de la tarea y contrata a su equipo de colaboradores. En 2005, con el traslado del Dr. Reverte a Panamá, es el Dr. Conde-Salazar quien lo sustituye en la dirección de la restauración. Esas fechas coinciden con la localización del grueso de la colección en unas naves del Hospital del Niño Jesús, a las que la AEDV dio traslado y almacenaje en mejores condiciones<sup>63</sup>.

La restauración se realizaba en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense hasta 2007, fecha en que la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo cede

gratuitamente unas estancias mejor acondicionadas para esta labor<sup>68</sup> (Figura 6). Los restauradores actualmente encargados de la tarea son David Aranda y Amaya Maruri, aunque una tercera persona, Adriana Mora, perteneció a este mismo equipo hasta el año 2007. Además de reparar las figuras, los restauradores catalogan las piezas, obtienen fotografías de antes y después de la restauración y embalan la figura restaurada en mejores condiciones, en espera de una futura exposición<sup>69</sup>.



**Figura 6**

Amaya Maruri y David Aranda, restauradores del Museo Olavide, trabajando en el taller de recuperación de las piezas, situado en la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.

Las cajas donde se embolsó el Museo al ser clausurado se abren a medida que las figuras recuperadas van siendo restauradas, de forma que se pueda seguir un orden lógico. En general, se encuentran de 4 a 6 figuras por caja, aunque en algunas de ellas también se hallan láminas (algunas de gran valor, como las originales del “*Atlas de la Clínica Iconográfica [...]*” de Olavide), documentos o moldes de escayola que sirvieron para la confección de estas figuras<sup>63</sup>.

El estado de conservación de las figuras es muy variable. Mientras que algunas sólo requieren una limpieza superficial del polvo acumulado, otras están fragmentadas o con pérdidas importantes de la coloración. Los restauradores, bajo la dirección del Dr. Conde-Salazar, se documentan acerca de la enfermedad representada antes de trabajar sobre cada figura. En los casos en que la pérdida de coloración es intensa, investigan los datos exploratorios recogidos en su historial (si éste existe) y los rastros dejados por los

colores y materiales utilizados. Todo su trabajo lo desarrollan de manera encomiable, con sumo perfeccionismo y dedicación, como puede apreciarse en las visitas a este “Taller del Museo Olavide”, abierto al público de lunes a viernes, y que los restauradores y su director muestran muy gustosamente.

A la espera de una sala definitiva donde exponer la colección al completo de forma permanente, las figuras restauradas son embaladas en plásticos acolchados, reintroducidas en cajas y devueltas a un almacén a cargo de la AEDV. Una selección de 40 figuras fue expuesta en 2006, durante el 34º Congreso Nacional de la AEDV celebrado en Madrid. Posteriormente, se han ido desarrollando otras exposiciones en Madrid, Granada, Barcelona o Murcia, que además de una serie de modelados, se han acompañado de paneles explicativos y curiosos montajes acerca del significado de la colección y la Medicina practicada hace un siglo.

Las figuras recuperadas son, en general, de una calidad excelente. Dos aspectos resaltan respecto a los modelados de otros museos similares: En primer lugar, las grandes dimensiones de sus *moulages*, que además de representar la lesión dermatológica a tamaño real, recogen una extensa zona de piel sana, lo que otorga a la escultura una apariencia mucho más realista. En segundo lugar, muchas de las figuras poseen, en la cara posterior de la tabla a la que están sujetas, una historia clínica completa acerca del paciente, su enfermedad y la respuesta a los tratamientos empleados, lo que aporta una enorme cantidad de datos médicos y sociológicos de la época en que se realizó.

*Posibilidades médicas del Museo Olavide:* El valor como patrimonio cultural de estas figuras es indudable, pero las colecciones de modelados dermatológicos también representan una oportunidad única para el estudio médico de enfermedades y cuadros clínicos que hoy en día no se observan, así como para conocer la percepción que se tenía en otra época de las distintas enfermedades<sup>3, 70</sup>. También se ha señalado la posibilidad de que algunas figuras del Museo reflejen casos descritos en publicaciones de la época, con el consiguiente valor científico de poseer en la actualidad una representación tridimensional de estos cuadros<sup>22</sup>. Esta misma labor de estudio bibliográfico acerca de figuras de cera se ha recogido en un trabajo contemporáneo sobre modelados anatómicos del siglo XIX<sup>71</sup>.

Los estudios médicos realizados en otros museos han resaltado la presencia de cuadros que hoy en día sólo se observan de forma excepcional, como son los estadios avanzados de sífilis, tuberculosis, lepra o pelagra que se aprecian en estas colecciones, fruto de la distinta epidemiología y terapéutica de la primera mitad del siglo XX<sup>72, 73</sup>. Otros museos reflejan, a través de sus figuras, una alta prevalencia de patologías propias de una región, como es el gran número de enfermedades tropicales que se recogen en el Museo de Bogotá<sup>74</sup>.

Sin embargo, el Museo Olavide dispone de una gran riqueza respecto a otras colecciones similares, al presentar muchas de sus figuras un completo historial clínico del paciente representado. No sólo se muestran las lesiones en el modelado y su diagnóstico en una etiqueta, sino que los médicos encargados del enfermo recogieron sus razonamientos, los elementos anamnésicos, exploratorios y medidas terapéuticas en una lámina mecanografiada que se adhirió a la figura. Otro aspecto a tener en cuenta es la importante proporción de *moulages* realizados entre 1870 y 1900, algo que, salvo la colección del Hospital de Saint Louis, no poseen otros museos, que comenzaron su andadura en años posteriores. Precisamente son estas figuras del último tercio del siglo XIX las que presentan historial médico en su cara posterior, lo que parece constituir una valiosa fuente de información de una época en que la nosología dermatológica y muchos de sus conceptos estaban sujetos a importante cambios.

Algunos de los aspectos médicos del Museo Olavide han sido comentados en otros trabajos, como el del Dr. Padrón Lleo, que analiza someramente cinco de sus modelados, además de invitar a un estudio más profundo de la colección<sup>75</sup>. Más recientemente, un libro que recoge la historia del Museo y su recuperación, también incorpora comentarios médicos acerca de 33 figuras<sup>76</sup>.

El trabajo que sigue a continuación pretende ahondar en los aspectos dermatológicos de la colección, estudiando de forma pormenorizada la totalidad de las figuras recuperadas, junto a su historia clínica, con la finalidad de buscar las principales enseñanzas médicas que pueden extraerse del Museo, único en su género y que está, según parece, por descubrir y valorar en su justa medida.

## **OBJETIVOS**

El objetivo principal de este trabajo consiste en realizar un estudio dermatológico de las figuras de cera e historiales médicos del antiguo Museo Olavide que han sido recuperados, haciendo especial hincapié en los aspectos diferenciales con la Dermatología actual. Concretamente, se pretende analizar:

- Las características médicas de la anamnesis y la exploración física reflejada en el Museo.
- La terminología diagnóstica distinta a la actual.
- Los cuadros clínicos que muy raramente se observan hoy en día en nuestro medio.
- Los tratamientos que se emplearon en los pacientes representados, así como su evolución.

Como objetivos secundarios, se pretenden los siguientes:

- Realizar una estadística de las enfermedades representadas en el Museo.
- Estudiar la presencia de figuras de importancia científica.
- Analizar la contribución de los diferentes médicos y escultores a la creación de esta colección.
- Realizar una valoración del Museo en su conjunto, tanto a nivel médico, como artístico e histórico.





## MATERIALES Y MÉTODO

Los principales materiales utilizados en este trabajo han sido las figuras de cera e historiales clínicos del antiguo Museo Olavide que están siendo recuperados. El bloque primigenio de materiales que ya habían sido recuperados en 2007 constituyó la base del estudio, aunque posteriormente se fueron añadiendo las nuevas figuras e historias clínicas que seguían encontrándose, hasta la fecha de 31 de julio de 2009.

Para el estudio de las figuras, se utilizaron fotografías a alta resolución y su inspección directa en el taller donde se está llevando a cabo su restauración. En cuanto a los historiales médicos, éstos fueron fotografiados, de forma que se pudiera trabajar sobre ellos sin dañar los documentos originales.

Obtenidas todas las fotografías de las figuras e historiales, la primera parte del trabajo propiamente dicho consistió en el análisis de las historias clínicas. Una a una se buscó si su figura había sido recuperada, de forma que pudiera analizarse de forma conjunta con su historial. Tras el estudio del texto, se entresacaron los aspectos más destacados, agrupándolos en las distintas secciones creadas (anamnesis, exploración, diagnósticos, tratamientos, etc.).

Finalizado el estudio de los historiales con sus figuras, la segunda fase consistió en analizar el resto de modelados; es decir, aquéllos que no presentan historial. Éstos se agruparon en los diferentes apartados del trabajo, basándose para ello en la patología representada y/o en los aspectos reseñados en su etiqueta. Para manejar la mayor información posible de cada caso, y especialmente en aquellas figuras que mostraban características destacables para los objetivos de este trabajo, se buscó y analizó la posible publicación del caso en revistas, libros o congresos de la época.

Finalmente, el análisis y explicación de los distintos aspectos estudiados se ayudó de los tratados y publicaciones que se recogen en la bibliografía al final de este trabajo. Como fuentes bibliográficas principales se ha pretendido emplear las publicaciones de los propios médicos que colaboraron en la confección del Museo (como Olavide y Azúa), sus antecesores directos (como Alfaro y Murrieta) o sus discípulos (como Sánchez-

Covisa y Bejarano). La primera etapa del Museo, que abarca el último tercio del siglo XIX, es la que presenta un mayor número de términos y conceptos no empleados actualmente. Para su explicación se han utilizado los tratados dermatológicos y venereológicos de la época, en especial los publicados por los médicos del Hospital o aquéllos que podrían considerarse textos de referencia para ellos, como son las obras de Ricord, Hardy, Bazin, Cazenave, Fabré, Duchesne-Duparc, Plenck, Hunter, etc.

De cara a los tratamientos y la composición de las distintas fórmulas magistrales, también se han consultado textos de la época seguidos por los médicos del Hospital, o que recogen sus ideas, como las obras de Alfaro y Murrieta, el *Formulario de los Hospitales de Madrid*, o tratados de terapéutica y farmacopea, como los de Trousseau, De Vicente, Jourdan, Jiménez o Álvarez-Alcalá. Dentro de estos tratados, se ha buscado la edición de la época estudiada y su presencia en bibliotecas de Madrid (fundamentalmente la Universidad Complutense), por considerarse que serían estas mismas ediciones las manejadas por los médicos del Hospital. Cuando no se han obtenido frutos, se han consultado otras bibliotecas nacionales e internacionales para el estudio de estos tratados.

En ocasiones, para discutir conceptos y analizar tratamientos, ha sido necesario recurrir a obras contemporáneas que estudian la Medicina y la Farmacia del siglo XIX, trabajos actuales sobre la historia del Hospital de San Juan de Dios, de sus personajes más destacados y sobre otras colecciones de cera similares que existen en el mundo. Parte de esta información ha sido recogida mediante entrevistas con personajes que participaron en éste y otros museos, o a través de sus familiares. En la crítica de diagnósticos y la comparación de diferentes aspectos médicos, se han empleado igualmente tratados dermatológicos generales y publicaciones contemporáneas, que, como todas las demás, se reflejan en la bibliografía de este trabajo.

## **RESULTADOS**



## FIGURAS E HISTORIAS CLÍNICAS: ASPECTOS GENERALES

### *Figuras recuperadas*

A fecha de 31 de julio de 2009 se habían recuperado un total de 484 figuras del antiguo Museo Olavide, distribuidas en 402 tableros de madera y 2 lechos acolchados. Sobre estos lechos descansan sendas figuras de cuerpo entero, mientras que en los tableros se enmarcan los modelados de distintas regiones anatómicas, representando diversas patologías dermatológicas. El hecho de que existan más figuras que la suma de tableros y lechos responde a que en muchos de los tableros se encuadra más de una figura del mismo paciente. Para simplificar la localización de las figuras y la explicación de los resultados, en este trabajo se numeran como una única figura los modelados que se encuentran en el mismo tablero<sup>a</sup>.



**Figura 7**  
Ejemplo de figura recuperada: “*Acro-dermatitis pustulosa continua*” (fr-398). En el mismo tablero se agrupan tres modelados del enfermo.

<sup>a</sup> Así, se hablará de un total de 404 figuras recuperadas, en referencia a la suma de los 402 tableros y los 2 lechos.

Las figuras de cera se encuentran rodeadas de una tela blanca que se adhiere al tablero. Muchos tableros muestran, en el margen superior, una etiqueta con un número. En otra etiqueta situada en el margen inferior se indica el origen de la figura (*“Museo del Hospital de S. J. de Dios”*), el médico encargado del paciente representado (*“Clínica del Dr...”*), el diagnóstico y, por último, el escultor que realizó el modelado<sup>a</sup> (Figura 7).

La mayoría de las figuras (82%) que han sido recuperadas hasta la fecha fueron realizadas en solitario por el escultor Enrique Zofío, mientras que Barta y López-Álvarez son los responsables del resto, bien de forma conjunta o bien individualmente.

Los médicos que firman el diagnóstico son muy diversos, y abarcan varias generaciones de dermatólogos: Olavide, Castelo (padre), Castelo (hijo), Azúa, Cerezo, Sáinz de Aja, Mañueco, Sicilia, Sánchez-Covisa, Bejarano o Taboada, entre otros, participaron en la creación de esta colección, aportando los casos que creían oportunos para que fueran immortalizados en cera. Entre todos ellos, destaca el gran número de enfermos que fueron atendidos por Azúa (27%), seguido de Olavide (17%), Castelo (padre) (12%), Sáinz de Aja (9%) y el resto.

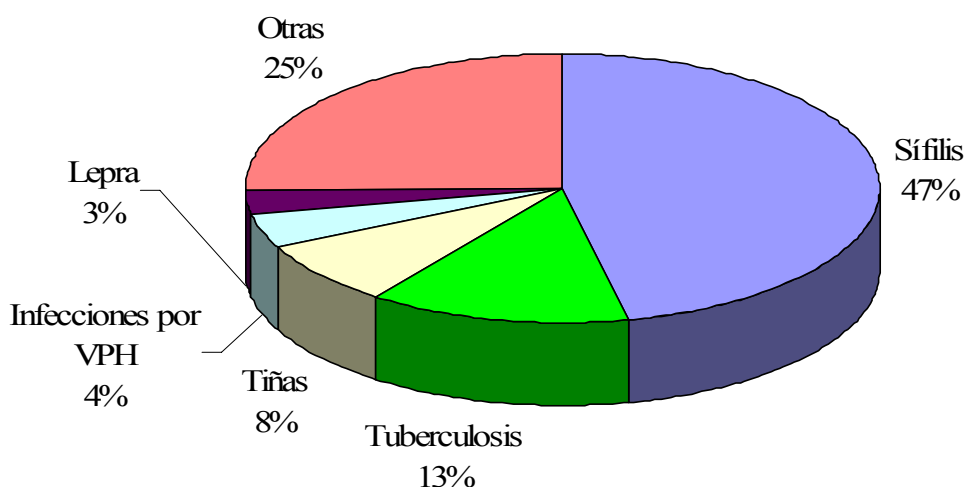
*Patologías representadas en las figuras:* La variedad de patologías representadas en el Museo es amplísima, y abarca desde cuadros dermatológicos muy corrientes, a entidades más raras de observar en la práctica diaria. A falta de recuperar un número desconocido de figuras, de las 404 que ya han sido rescatadas, existen 166 (41%) que representan patologías de origen no infeccioso, con una enorme diversidad (psoriasis, enfermedades ampollosas autoinmunes, conectivopatías, genodermatosis, eccemas, etc.). Las 238 figuras restantes (59%) corresponden a cuadros infecciosos, distribuidos tal como se aprecia en el gráfico (Figura 8).

Las enfermedades venéreas, y de forma muy destacada la sífilis, son las patologías predominantes en el Museo. Hasta la fecha, se han recuperado 111 figuras (27% del total) que muestran distintos cuadros sifilíticos. En otros museos dermatológicos de

---

<sup>a</sup> Algunas figuras presentan una tercera etiqueta, de color blanco, que ha sido adherida recientemente durante el proceso de restauración en los tableros donde la etiqueta diagnóstica se leía con dificultad. Esta tercera etiqueta está siendo retirada.

figuras de cera, los casos de sífilis también ocupan gran parte de la colección, rondando el 20% de las piezas<sup>36, 77, 78</sup>.



**Figura 8**  
Patologías infecciosas representadas en el Museo (VPH: Virus del papiloma humano)

Deben tenerse en cuenta algunos aspectos a la hora de interpretar estos datos. En primer lugar, aunque en el Museo Olavide se realizaron figuras entre 1870 y 1966, el ritmo no fue homogéneo, o al menos ésta es la conclusión obtenida de las figuras recuperadas. Una mayoría de ellas fueron realizadas entre 1880 y 1920, con muy escasos modelados en la década de 1870, y un lento declive a partir de 1920. Por ello, la estadística muestra un sesgo hacia las enfermedades observadas con mayor frecuencia a finales del siglo XIX y comienzos del XX.

En segundo lugar, la decisión acerca de la realización de un modelado se asentaba en las particularidades del caso, su rareza o sus lesiones típicas, la colaboración del paciente y la oportunidad del ingreso, por lo que tampoco se pueden interpretar las proporciones dadas como un reflejo inequívoco de la epidemiología de esas fechas.

Sí son significativas las cifras, y más teniendo en cuenta que a comienzos del siglo XX las camas reservadas a enfermos con patologías venéreas en el Hospital de San Juan de Dios constituían el 64% del total de las ocupadas en dermatología (360 camas sobre un total de 560)<sup>79</sup>. La importante epidemia de sífilis existente a finales del siglo XIX y

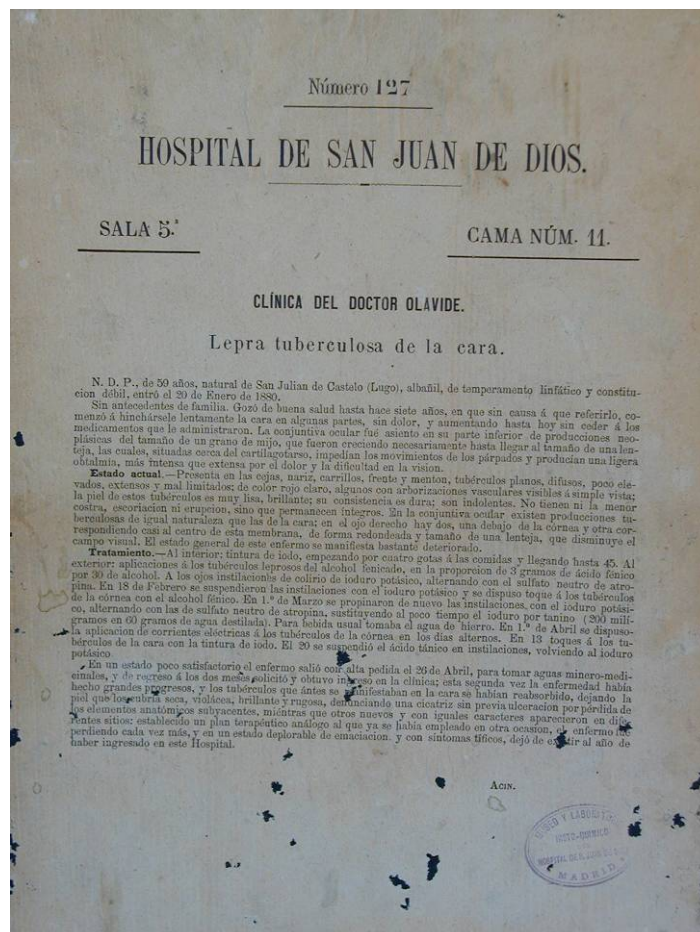
comienzos del XX, junto con la enorme expresividad de esta enfermedad, explica su amplia representación en el Museo.

Más adelante se estudian las patologías representadas en el Museo de forma más pormenorizada, haciendo hincapié en la terminología diagnóstica diferente a la empleada hoy en día, así como sobre ciertos cuadros clínicos que muy raramente observamos en la actualidad.



## Historias clínicas recuperadas

Las figuras de cera que se realizaron durante el último tercio del siglo XIX se acompañaban de una historia clínica explicativa sobre los detalles del caso. Se trata de un texto mecanografiado que se encuentra adherido a la cara posterior de la tabla que sustenta la figura (Figura 9). Por alguna razón, hacia el año 1900 se dejaron de realizar estos historiales, limitándose la información suministrada sobre cada figura a una breve explicación ofrecida en la etiqueta que señala el diagnóstico. Sin embargo, la información que se obtiene a través de los historiales es amplísima. No sólo aporta todo tipo de detalles sobre el enfermo modelado, sino que también supone una valiosísima cantera de datos acerca del desarrollo del Museo y la Dermatología de la época.



**Figura 9**

Ejemplo de historia clínica encontrada en la parte posterior de la tabla que sustenta algunas figuras: “*Lepra tuberculosa de la cara*” (hc-127).

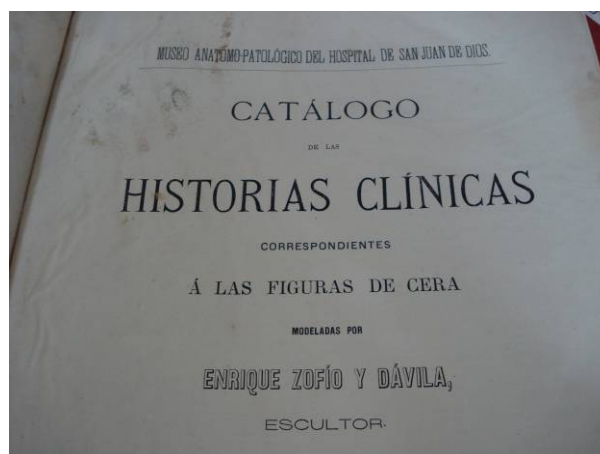
La presencia de historias clínicas acompañando a las figuras es un aspecto singular de este Museo, ya que, salvo raras excepciones, como son algunos de los modelados de la

colección de Kiel (Alemania)<sup>36</sup>, otros museos semejantes no ofrecen tal cantidad de información clínica sobre el paciente modelado.

*Catálogo de historias clínicas de 1883*: Muchas de las historias clínicas se encontraban en mal estado de conservación cuando fueron recuperadas, con roturas de la lámina o borrones que impedían leer correctamente el texto (Figura 10). En otros casos, el historial se había perdido tras desprenderse de la tabla. Sin embargo, en una de las cajas en las que se embaló el antiguo Museo Olavide al ser clausurado, se localizó en junio de 2007 un catálogo de historias clínicas editado en 1883 (Figura 11). En este catálogo se encuentran 151 historiales del Museo en perfecto estado de conservación. Se trata de la encuadernación de las copias de los historiales que existían en 1883. Por ello, y si bien no todas las figuras correspondientes a estos historiales han sido aún recuperadas, se puede concluir que en 1883 ya existían, al menos, 151 figuras de cera en el Museo, modeladas por Zofio.



**Figura 10**  
Ejemplo del estado de conservación de algunos historiales presentes en la parte posterior de las figuras: "Prúrigo herpético" (hc-105).



**Figura 11**  
Primera página del "Catálogo de las historias clínicas correspondientes a las figuras de cera modeladas por Enrique Zofío y Dávila, escultor", editado en Madrid: Establecimiento tipográfico del Hospicio; 1883.

Los historiales del catálogo editado en 1883 corresponden, en su mayor parte, a pacientes ingresados en el Hospital de San Juan de Dios entre 1879 y 1883. Sin embargo, en algunas historias clínicas se señala que el ingreso fue anterior a 1879 (hc-44, hc-92, hc-97, hc-128, hc-129-130), con lo que también parece anterior la realización

de la figura de cera<sup>a</sup>. El historial más antiguo que ha sido encontrado corresponde a un paciente que permaneció ingresado durante poco más de un mes en 1870, aunque su modelado no ha sido recuperado todavía (hc-128). En definitiva, y gracias a las fechas aportadas por los historiales, se puede afirmar que fue a partir de 1879 cuando se comenzaron a realizar, a un ritmo constante, modelados de cera para confeccionar un Museo dermatológico en el Hospital de San Juan de Dios, si bien se crearon algunas figuras aisladas unos años antes.

A fecha de 31 de julio de 2009 se habían recuperado un total de 201 historias clínicas. Todos estos historiales se analizan en este trabajo, aunque 51 de ellos corresponden a figuras que no han sido aún localizadas. Sin embargo, su historial se encuentra en el catálogo de historias clínicas del Museo editado en 1883, y es previsible la recuperación de la figura en un futuro cercano.

---

<sup>a</sup> En algún historial parece existir un error de mecanografiado en la fecha de ingreso, ya que la estancia hospitalaria del enfermo difiere ampliamente de la duración del tratamiento (hc-44). Por ello, puede que algunas de las historias clínicas en las que se señala una fecha de ingreso anterior a 1879 estén equivocadas en este dato. De todos modos, hay que tener en cuenta que el modelado de las lesiones representadas en cada figura se pudo tomar en cualquier momento del ingreso del paciente, el cual solía ser largo.

### ***Estructura de la historia clínica***

Cada historia clínica se encuentra numerada en su margen superior. A continuación, se indica el lugar donde se atendió al enfermo, el médico responsable del paciente y la sala y cama que ocupó dentro del Hospital. El diagnóstico ofrecido encabeza el texto en el que se detalla el historial del enfermo<sup>a</sup>. Dicho texto señala la fecha de ingreso, los antecedentes personales y familiares del paciente, el desarrollo de la enfermedad que se representa, los tratamientos empleados y su evolución. El nombre del médico que redactó el historial figura en el margen inferior derecho de la historia clínica. Todos estos documentos se encuentran sellados con un texto que dice: “*Museo y laboratorio histo-químico del Hospital de S. Juan de Dios. Madrid.*”, aunque el sello se ha difuminado en muchas historias clínicas.

**Numeración:** Las historias clínicas se encuentran numeradas siguiendo un orden que en ocasiones es cronológico y en otras sindrómico. Esta numeración parece reflejar la disposición en la que se expusieron las figuras durante los primeros años de vida del Museo. Posteriormente, el orden establecido debió ser exclusivamente por patologías. Para ello se añadió un nuevo número a cada figura, mediante la etiqueta adherida en la cara anterior del marco. Por este motivo, la numeración de la historia clínica y la que se establece en la cara anterior de la figura no coincide. Puesto que muchas de las figuras han perdido la etiqueta que las numeraba, para hacer referencia a ellas en este trabajo se ha respetado el número de historia clínica de la figura<sup>b</sup> (hc), y, en el caso de que no posea historial, el orden en que la figura ha sido recuperada (fr). Al final de este trabajo se pueden consultar los anexos con todas las figuras y sus respectivos números de historia clínica y de recuperación.

Algunas historias clínicas poseen dos o más números correlativos, lo que corresponde a distintas figuras del mismo paciente, ya sea representando el estado de antes y después

---

<sup>a</sup> Las palabras que señalan el diagnóstico en los historiales no siempre coinciden exactamente con las empleadas en la etiqueta de la figura. Por ejemplo, en la etiqueta de una figura se puede leer: “*Lepra tuberculosa en la cara de un hombre*”, mientras que su historial se titula “*Lepra tuberculosa de la cara*” (hc-127). Para titular las figuras, en este trabajo se ha respetado el texto diagnóstico del historial, cuando existe, y el de la etiqueta de la figura cuando ésta no posee historia clínica.

<sup>b</sup> Existen 7 figuras con historia clínica, pero cuyo número de historial es ilegible. Éstas se ordenan alfabéticamente (hc-a, hc-b, etc.).

de la enfermedad, o bien mostrando varias regiones anatómicas. Estas figuras se pueden encontrar en el mismo marco (hc-179-180-181) o en marcos separados (hc-70-71).

*Procedencia del paciente:* La casi totalidad de estos historiales corresponde a pacientes ingresados en el Hospital de San Juan de Dios, tal como se indica en su encabezado. Unos pocos enfermos fueron atendidos de forma ambulatoria, sin llegar a ingresar en el establecimiento. En estos casos, se señala que el enfermo procedía de la “*Consulta Pública*” a cargo del Dr. Moisés Sanjuán (hc-9, hc-134, hc-135-136-137, hc-148), o de la “*Clínica particular del Dr. Olavide*” (hc-70-71).

*Médico encargado del enfermo:* Una gran proporción de estas historias clínicas pertenecen a pacientes a cargo de Olavide (42%). Este dato resalta la importancia que tuvo José Eugenio de Olavide como promotor del Museo, que pasó a denominarse “Museo Olavide” tras su fallecimiento. También es muy significativo el número de historiales de pacientes ingresados en la clínica del Dr. Castelo (padre) (25%). Otros médicos colaboraron ampliamente, como los Dres. Martínez (7%), Bombín (6%) o Sanjuán (3%). A partir de 1887, la mayor parte de las historias clínicas corresponden a pacientes a cargo de Azúa (7% del total) y Cerezo (5%), con algún caso aislado de Castelo (hijo).

*Médicos firmantes:* Son muchos los médicos que firman la redacción de estas historias clínicas, como Borobio, Palacios, Colomo, Romero, Viforcós, V. del Río, Tejero, Tortosa Vidal, etc. Se trataba de médicos ayudantes del profesor responsable de la sala donde ingresaba el paciente. Por las fechas en las que estos médicos redactan las historias y las salas que atendían en los diferentes periodos, da la impresión de que pasaban cierto tiempo en cada sala del Hospital, de igual forma que los médicos internos residentes realizan distintas rotaciones hoy en día.

*Texto:* Aunque existen variaciones, la historia clínica de las figuras sigue un esquema similar. El texto suele comenzar con las iniciales del paciente, lugar de nacimiento, edad, estado civil, profesión, temperamento, constitución y fecha de ingreso. Se señalan los antecedentes familiares y personales del paciente, para relatar a continuación la evolución que ha seguido la enfermedad por la que es atendido en el Hospital. Se

especifica el estado en el que se encuentra el enfermo a la hora de ser ingresado, con una minuciosa descripción de la exploración física. Con todos estos datos, se razona el diagnóstico, se detallan los tratamientos empleados y se informa sobre la evolución que siguió el cuadro. Por último, se refleja la fecha de alta o, en algunos casos, la de fallecimiento del enfermo.

Estos historiales son una rica fuente de datos acerca de la Dermatología del último cuarto del siglo XIX. Su realización perseguía, al igual que el modelado de las figuras, una finalidad docente hacia otros médicos. Se relata con mucho detalle la historia de la enfermedad que hace ingresar al enfermo, así como la exploración, pero es muy llamativa la importancia que se da, en la mayoría de historias clínicas, al apartado dedicado al tratamiento. Se señala la alimentación pautada al enfermo, las técnicas quirúrgicas, los tratamientos tópicos y orales (incluyendo los que parecen más anodinos, como cataplasmas o antisépticos), las dosis recibidas de los distintos medicamentos, los efectos adversos encontrados, etc. Todos estos datos se analizarán en los siguientes apartados de este trabajo.

Las historias clínicas de este Museo son, en general, muy extensas. Están redactadas siguiendo un estilo narrativo, con frases largas, profusión de adjetivos y con escasos puntos y aparte. Por ello, en ocasiones pueden resultar arduas de leer, aunque su estilo literario hace que algunos pasajes sean realmente entretenidos y sugestivos. Siguen la forma de escribir predominante de los textos científicos de la época, muy diferente al relato aséptico que se suele emplear hoy en día en las comunicaciones científicas.

Aunque casi todas las historias clínicas presentan un mismo patrón, existen variaciones según el autor de la misma. Por ejemplo, si bien se tiende a destacar el aspecto clínico o terapéutico que impulsó a realizar el modelado de las lesiones, en los historiales redactados por Azúa esto es aún más pronunciado, y gran parte del texto se dedica a resaltar los detalles que llaman la atención del caso, extrapolando enseñanzas a otros enfermos. Así, Azúa suele añadir un apartado, denominado “*Concepto clínico*”, en el que resume la peculiaridad del paciente, las reflexiones principales, las relaciones que el caso presentado tiene con otros cuadros parecidos, etc. En vez de estar redactadas por algún médico ayudante, estas historias clínicas suele firmarlas el propio Azúa.

### ***Figuras sin historia clínica***

Las figuras de cera del Museo Olavide se siguieron realizando bien entrado el siglo XX, pero no se han encontrado historiales en el reverso de los modelados de cera que fueron creados más allá de 1897. Curiosamente, esta fecha coincide con el traslado del Hospital de San Juan de Dios desde su sede en la calle Atocha a los terrenos donde actualmente se asienta el complejo hospitalario Gregorio Marañón<sup>46</sup>. A partir de 1897, toda la información que acompaña a las figuras se encuentra resumida, con una o dos frases, en su etiqueta.

El hecho de que dejaran de confeccionar una historia clínica para acompañar a cada figura debió responder a una cuestión práctica, quizás motivada por la nueva ubicación del Museo: Para leer el historial se necesita girar el marco que sustenta la figura, con el peligro que conlleva de dañar el modelado de cera. Sustituyendo la historia clínica por una breve explicación en su etiqueta se solventaba este riesgo, además de aligerar la visita al Museo<sup>a</sup>.

La etiqueta presente en la cara anterior del marco de cada figura señala el diagnóstico del caso representado y, en algunas ocasiones, una breve descripción de su peculiaridad. Sirve como ejemplo la figura titulada “*Pénfigo foliáceo*” (Figura 12), cuya etiqueta aporta el siguiente texto (fr-6):

*“Pénfigo foliáceo.- Las vesículas se aplanan en el momento de formarse. En los antebrazos se ven todavía algunas vesículas cuya morfología puede reconocerse.”*

---

<sup>a</sup> De todos modos, aún no se han abierto todas las cajas en las que se embalaron las piezas y diversos materiales del antiguo Museo Olavide, por lo que es posible que en el futuro se encuentren otros catálogos, similares al de 1883, donde se recojan los historiales de las figuras realizadas en fechas posteriores.



**Figura 12**

*“Pénfigo foliáceo.- Las vesículas se aplanan [...]” (fr-6).*

Unas pocas figuras han perdido esta etiqueta explicativa durante los años de abandono del Museo. En algunos casos, su diagnóstico es evidente, pero en otros se hace casi imposible afirmarlo sin ningún dato añadido.

Otros modelados que no poseen historia clínica corresponden a pacientes cuyo caso fue publicado o presentado en alguna reunión científica, por lo que se puede encontrar información clínica al respecto fuera del propio Museo. Éste es el ejemplo de la figura titulada *“Leucosis cutis circumscriba de forma pseudo-leprosa”* (Figura 13). Las particularidades del caso fueron publicadas en 1931 por Bejarano y Enterría dentro de la revista *Actas Dermosifiliográficas*<sup>80</sup>. De esta forma, conocemos los antecedentes del paciente, las dudas diagnósticas planteadas y la respuesta al tratamiento<sup>a</sup>.

---

<sup>a</sup> En este caso, se trata de un varón de 61 años con una leucemia que, entre otros órganos, infiltraba la piel de la cara. Gran parte de la publicación se dedica al diagnóstico diferencial con la lepra lepromatosa. El enfermo mejoró tras varias sesiones de radioterapia esplénica.





**Figura 13**  
*“Leucosis cutis circumscriba de forma pseudo-leprosa” (fr-277).*

En los siguientes apartados de este trabajo se estudia, en conjunto, la información extraída de los modelados de cera, del texto explicativo de sus etiquetas y, de forma predominante, de sus historias clínicas. Para la explicación de las figuras que presentan alguna singularidad, pero que no poseen historia clínica, se analiza la publicación del caso (si es que existió), de forma que se puedan tener en cuenta el mayor número de datos clínicos posibles.



## ANAMNESIS

A través de las historias clínicas del Museo Olavide se pueden apreciar diversos aspectos recogidos en la anamnesis de los pacientes cuya enfermedad fue modelada en cera. Estas historias clínicas señalan el sexo, edad y profesión del enfermo, así como diferentes datos sobre sus antecedentes familiares y personales. Por último, la anamnesis recoge el curso que ha seguido el cuadro, desde su comienzo hasta que el paciente ingresa en el Hospital de San Juan de Dios.

### ***Datos de filiación y profesiones***

Los pacientes representados en el Museo son una muestra de los enfermos que se atendían en el Hospital de San Juan de Dios. Las figuras encontradas reflejan individuos de ambos sexos y de todas las edades, desde niños (incluso algún bebé) hasta ancianos. La historia clínica suele comenzar con las iniciales del enfermo, aunque en ocasiones se indica el nombre y el apellido completo<sup>a</sup>. También se señala su ciudad de residencia o el pueblo natal, el estado civil y su profesión.

La mayor parte de los niños reflejados en el Museo provenía del hospicio, ya que el Hospital de San Juan de Dios era un centro de beneficencia<sup>b</sup>. En cuanto a los adultos, predominan las edades jóvenes, entre 20 y 40 años.

Las **profesiones** de los pacientes representados son muy variadas, pero en general corresponden a las de las clases sociales más bajas, ya que en este centro se atendía a individuos con escasos recursos económicos. Existe un gran número de jornaleros, labradores, zapateros, panaderos, albañiles, amas de casa<sup>c</sup>, cocineras, lavanderas, costureras... pero es muy llamativa la elevada proporción de mujeres dedicadas a la

---

<sup>a</sup> Resulta chocante el reflejo del nombre completo del paciente en algunos historiales del Museo, más aún cuando se describen patologías que producen cierto rechazo social, como enfermedades venéreas (hc-14, hc-43, hc-68-69).

<sup>b</sup> Es frecuente que en los historiales de los niños se refieran a ellos de una forma cariñosa, como “*el enfermito*” (hc-92, hc-93, hc-99).

<sup>c</sup> Normalmente se señala el trabajo de ama de casa como “*dedicada a las labores de su sexo*” (hc-23, hc-37, hc-53, hc-115).

prostitución. La profesión de prostituta se señala en las historias clínicas de forma explícita, o bien empleando un eufemismo<sup>a</sup>.

También se encuentran pacientes con profesiones que hoy en día ya no existen o resultan excepcionales, como la de nodriza o “*dedicada a la lactancia mercenaria*” (hc-23, hc-137), mozo de cordel (hc-32), aguador (hc-10), pintor de historia (hc-160), cigarrera (hc-162) o carabinero y sillero (hc-244).

Se podría considerar que algunos de los pacientes modelados presentaban **enfermedades profesionales**. Así, el gran número de prostitutas atendidas sufría sífilis, chancroides y otras enfermedades venéreas relacionadas con su trabajo<sup>b</sup>. El inicio en la prostitución solía darse a una edad muy joven, incluso de forma tan precoz como a los 15 años (hc-24).

Entre las prostitutas representadas en el Museo son muy frecuentes los antecedentes de enfermedades venéreas. Como ejemplo, podemos leer en una de estas historias clínicas cómo una mujer ingresada por una sífilis secundaria (Figura 14) había padecido, durante el primer año de ejercicio de esta profesión, un chancroide y un chancro (hc-33):

*“Hace un año que se entregó a la prostitución, y a los dos meses tuvo la primera infección, que fue un chancro blando o venéreo en el vestíbulo: Seis semanas antes de su ingreso se le presentó en el mismo sitio un chancro duro, el cual está ya cicatrizado.”*

También en las nodrizas, dedicadas a la lactancia de bebés ajenos, se observan cuadros sifilíticos que podrían considerarse de origen profesional. Algunas desarrollaron un chancro en el pezón, y posteriormente una sífilis secundaria, tras el contagio a través de un bebé con sífilis congénita (hc-23, hc-137).

---

<sup>a</sup> Por ejemplo, en ocasiones se habla de una mujer “*de profesión aventurera*” para referirse a que se dedicaba a la prostitución (hc-162, hc-174, hc-f).

<sup>b</sup> Se pueden apreciar ejemplos de ello en los siguientes historiales: hc-14, hc-24, hc-33, hc-39, hc-43, hc-51, hc-66, hc-67, hc-68-69, hc-142, hc-174, hc-202, hc-211-212, hc-231, hc-f.



**Figura 14**  
*“Sifilide papulosa lenticular en la región hipogástrica” en una prostituta (hc-33)*

Otras patologías profesionales se observan en sirvientas con eccemas en el dorso de las manos y antebrazos, debido a la fricción y al contacto frecuente con agua y jabones en el lavado de la ropa (hc-107, fr-159, fr-387). También se representa en el Museo la mano de una obrera de una fábrica de pólvora, quien sufrió una paroniquia por la manipulación constante de engrudo, una masa muy húmeda (Figura 15).

Por último, diferentes trabajadores desarrollaron una infección tras un traumatismo mientras realizan su actividad profesional (hc-116, fr-121), con dramáticas consecuencias en alguna ocasión<sup>a</sup>.

<sup>a</sup> Una lavandera, mientras lavaba, se pinchó con un alfiler en un dedo, lo que originó una infección de los tejidos blandos que obligó a la amputación de su mano derecha en el Hospital General. Tras la intervención, la enferma sufría fuertes dolores en el antebrazo *“de tal índole que la impedían conciliar el sueño”*. Ingresó por ello en el Hospital de La Princesa, donde se intentó aliviar los dolores mediante *“la tenotomía del cubital [...], el atirantamiento del nervio [...], la electricidad interrumpida y continua, los siderantes del sistema nervioso bajo diferentes formas y preparados, del frío y del calor, como anestésicos y calmantes [...],”* todo ello sin resultado, por lo que los médicos se decidieron a ampliar la amputación al antebrazo: *“[...] esta fue seguida del mejor éxito, desapareciendo los dolores [...] y curada en su consecuencia del muñón doloroso, cuya autopsia demostró un repliegamiento de las fibras del cubital entrecruzadas y comprimidas por los tejidos de la cicatriz”*. Seis meses más tarde, la desdichada mujer ingresó en el Hospital de San Juan de Dios con un herpes zóster torácico (hc-116). El



**Figura 15**

*“Obrera de la fábrica de pólvora que manejaba engrudo, comienzo por dermatitis sub-ungueal o perionixis” (fr-368).*

En varias historias clínicas correspondientes a mujeres que ejercían la prostitución, se señala que al ingresar en el Hospital por su enfermedad venérea, fueron dadas de baja en la *Sección de Higiene* (hc-174, hc-195, hc-202, hc-f). La *Sección de Higiene* era un organismo impulsado a mediados del siglo XIX para evitar la propagación de enfermedades venéreas entre la población. Contaba con su propio cuerpo de *Médicos Inspectores de Salubridad pública*, quienes consignaban el resultado de un reconocimiento periódico en una cartilla, que debían presentar regularmente todas las prostitutas. Si los médicos detectaban alguna enfermedad venérea, se inhabilitaba temporalmente a la prostituta para el trabajo, y ésta era ingresaba en el Hospital de San Juan de Dios<sup>81</sup>, tal como se aprecia en algunas historias clínicas (hc-174):

*“[...] a consecuencia de un coito impuro, sintió a los dos días de verificado una molestia considerable cuando tenía necesidad de expeler la secreción urinosa [...], y visto que nada adelantaba, se presentó en la Sección de Higiene con el objeto de que la dieran de baja y destinaran a este Establecimiento.”*

---

brazo derecho y el muñón también se reflejan en el modelado de cera que muestra el herpes zóster (vid Figura 204 en pág. 269).

No todas las prostitutas eran tan colaboradoras. Alguna historia clínica refleja el ánimo de esquivar los controles de la *Sección de Higiene* el máximo tiempo posible, hasta que la clínica sifilítica se hacía demasiado evidente (hc-164).

El hecho de pertenecer a la *Sección de Higiene* aporta a los médicos del Hospital una idea de los múltiples antecedentes venéreos que habría padecido la paciente, como se señala en la historia clínica de una mujer de 38 años, de profesión “cigarrera”, ingresada por sífilis (hc-162):

*“Las manifestaciones tanto venéreas como sifilíticas que ha padecido, sería prolijo enumerar, si tenemos en cuenta que la enferma que ocupa nuestra atención pertenece a la Sección de Higiene, y por lo tanto necesariamente ha tenido que padecerlas hallándose tan de continuo expuesta a los embates de su vida aventurera.”*

Por lo observado en los historiales, esta *Sección de Higiene* no sólo se ocupaba de controlar a las prostitutas, sino que otras mujeres que ingresaron en el Hospital, como la cigarrera antes mencionada y una florista, también fueron dadas de baja en este organismo (hc-162, hc-164). Probablemente, estas otras mujeres estaban sujetas a una vigilancia epidemiológica por percibir parte de sus ingresos de la prostitución.

La *Sección de Higiene* también llevaba un control sobre las nodrizas empleadas en la lactancia de bebés<sup>82</sup>, que por lo observado en los historiales de este Museo eran un importante eslabón epidemiológico en la propagación de la sífilis (hc-23, hc-137).

### ***Antecedentes familiares***

Los antecedentes familiares de los pacientes modelados para este Museo suelen recogerse en sus historias clínicas de una forma general, haciendo referencia a la existencia de antecedentes “*hereditarios*” de tipo escrofulosos, herpéticos o reumáticos.

Varias historias clínicas indican que el enfermo atendido tenía familiares con **antecedentes escrofulosos** (hc-38, hc-40, hc-54, hc-90, hc-149, hc-281). Por escrofulismo, los médicos de la época se referían a un conjunto de procesos que clínicamente cursan con ulceraciones, adenopatías, tubérculos (nódulos) y abscesos, con tendencia a la cronicidad y a ser pertinaces a los tratamientos. El paradigma de las “escrofulides” era la tuberculosis cutánea, aunque muchas otras afecciones ulcerosas y exudativas tenían cabida en este grupo<sup>83</sup>. Podemos leer en la historia clínica de una mujer con un cuadro que parece corresponder a una tuberculosis cutánea un ejemplo de este tipo de antecedentes familiares (hc-149):

*“M. J., de 42 años [...], con antecedentes hereditarios escrofulosos, pues una hermana suya había padecido también de la misma enfermedad, teniendo que residir por consejo del médico en un puerto de mar [...]”*

Algún paciente presenta **antecedentes reumáticos** (hc-9). Con ello se referían a una serie de patologías articulares, como gota, artritis o lumbalgia, pero también, aunque de forma más vaga, a diferentes dolores viscerales que catalogaban como “*reumáticos*”<sup>84</sup>.

Otros enfermos presentan **antecedentes herpéticos** en su familia (hc-63, hc-100). Nada tiene que ver aquí el significado de “herpético” con las infecciones producidas por los virus del grupo herpes. Por antecedentes herpéticos se entendía la predisposición familiar a padecer cuadros cutáneos caracterizados por placas descamativas y pruriginosas, pápulas de tipo prurigo y otras afecciones, como conjuntivitis, rinitis, asma o hiperreactividad ante picaduras de insecto. El paradigma de “herpetismo” lo representa lo que hoy denominamos dermatitis atópica, aunque también se consideraban “herpéticos” otros cuadros no eccematosos, como la psoriasis y el liquen plano<sup>85</sup>. Un ejemplo de ello lo encontramos en los antecedentes de un paciente ingresado por sufrir



una sífilis que, por presentar elementos pápulo-escamosos y liquenoides, fue catalogada como “*Herpeto sifilide*” (hc-63):

*“A. L., de 21 años de edad, soltero, panadero, natural de Baille, provincia de Lugo, residente en esta capital hacía cuatro años, de temperamento linfático, buena constitución, hijo de padres herpéticos [...].”*

La referencia en este historial a que los padres del paciente eran “*herpéticos*”, se entiende por presentar el enfermo una forma de sífilis que simula las afecciones “herpéticas”, ya que se consideró que el tipo de lesiones cutáneas de esta sífilis estaba influenciado por sus antecedentes familiares (hc-63).

*Antecedentes personales*

Entre los antecedentes patológicos del paciente que se recogen en las historias clínicas del Museo, llama la atención la descripción del temperamento y la constitución dentro de la anamnesis. El temperamento y la constitución de cada enfermo se recogen en la mayor parte de las historias clínicas, y más que como un hallazgo exploratorio, deben entenderse como la predisposición del paciente a enfermar de una u otra manera, ya que antiguamente se pensaba que tanto el temperamento como la constitución influían en el estado fisiológico y patológico del individuo<sup>86</sup>.

En los historiales se refieren a cada paciente como de **temperamento** “*linfático*”, “*nervioso*”, “*bilioso*” o “*sanguíneo*”; o bien combinaciones de ellos, como de temperamento “*linfático-nervioso*”, “*sanguíneo-nervioso*”, “*linfático-bilioso*”, “*nervioso-bilioso*”, etc. Otras veces se describe el temperamento de forma más ambigua, como “*de temperamento poco acentuado*” (hc-195) o “*sanguíneo modificado por la edad*” (hc-84).

Por temperamento se referían al predominio de un sistema del organismo sobre todos los demás, distinguiéndose cuatro grandes grupos: *sanguíneo*, *nervioso*, *bilioso* y *linfático*. El **temperamento sanguíneo** se ligaba al predominio del sistema circulatorio, lo que se creía que predisponía a enfermedades inflamatorias y hemorrágicas, o, en caso de desarrollarse una enfermedad, a presentar ésta un curso más inflamatorio. El **temperamento nervioso** se relacionaba con el desarrollo de una mayor cantidad de síntomas neuróticos, convulsiones y delirios durante las enfermedades. El **temperamento bilioso** tendría al hígado como el órgano más activo de la economía, lo que acarrearía una predisposición a las afecciones del tubo digestivo. Por último, el **temperamento linfático** presentaría un predominio de “*los fluidos blancos*”, lo que predispondría a las “*escrófulas*”, tuberculosis pulmonares y edemas, así como una tendencia a la cronicidad y exudación al desarrollar cualquier enfermedad. Cada temperamento tendría tantos grados diferentes como individuos hay, pudiéndose además mezclar diferentes temperamentos en cada sujeto<sup>86</sup>.

Como se puede apreciar, los cuatro temperamentos básicos son los mismos que describió Hipócrates en el siglo V a.C., según la teoría del predominio de un “humor” del organismo sobre todos los demás<sup>87</sup>.

Otro aspecto recogido entre los antecedentes del paciente es la **constitución**. Para ello, en las historias clínicas se emplean múltiples nombres, como “*constitución débil*”, “*enteca*”, “*empobrecida*”, “*mediana*”, “*regular*”, “*fuerte*”, “*activa*”, “*pasiva*”, “*buena constitución*”, “*mala constitución*”, etc. Con constitución se referían al grado de fuerza que tiene el organismo, lo que influiría en la expresividad de los diferentes síntomas en cada enfermedad y en la resistencia del individuo. Como grados extremos, existiría la constitución fuerte y la débil. La **constitución fuerte** otorgaba mayor protección frente a las enfermedades, aunque se entendía que cuando estos individuos enfermaban, desarrollaban síntomas más aparentes, precisamente porque la reacción del organismo era mayor. Sin embargo, no por ello era más grave la enfermedad, sino todo lo contrario. Los individuos de **constitución débil** enfermarían más fácilmente, aunque sus síntomas serían menos aparentes, ya que “*cuando la economía no tiene fuerzas para quejarse, tampoco las tiene para ayudar a la curación*”<sup>88</sup>.

La constitución de un sujeto no debe confundirse con su complejión. La **complejión** describe el conjunto de características físicas que determinan la fuerza de un individuo. En alguna historia clínica se describe la complejión junto al temperamento y la constitución del paciente (hc-162), mientras que en la mayoría de los historiales redactados por Azúa se nombra la complejión<sup>a</sup>, pero no el temperamento del enfermo. Probablemente, Azúa comenzaba ya a abandonar esta clasificación semiológica que entendía los modos de enfermar como el predominio de un sistema sobre el resto.

Fuera del temperamento y la constitución, los antecedentes patológicos de los pacientes se describen a veces de una forma general, señalando que el enfermo ha presentado en el pasado manifestaciones “escrofulosas”, “reumáticas” o “herpéticas”<sup>b</sup>. En otras ocasiones, se especifica algo más. Existe un gran número de enfermos en cuyos antecedentes se reflejan diferentes enfermedades venéreas. Un ejemplo de ello, entre los

<sup>a</sup> Por ejemplo, “*de tipo enjuto*” (hc-241, hc-244).

<sup>b</sup> Por ejemplo, podemos leer en el historial de un paciente de 12 años: “*Desde su infancia ha venido padeciendo ligeras manifestaciones escrofulosas en los labios y oídos [...]*” (hc-88-89).

muchos existentes, lo podemos apreciar en el historial de un labrador de 39 años que permaneció ingresado por un absceso. Obsérvese cómo se interpreta que el paciente había padecido un chancro sifilítico a partir del tratamiento recibido (hc-25):

*“Refiere no haber padecido lesión alguna hasta hace dos años, época en la que, a consecuencia de un coito impuro, adquirió una úlcera en la mucosa balano-prepucial, la cual, según manifiesta el enfermo, debió ser dura [sifilítica], en atención a que se la curaron con unguento mercurial.”*

En algún caso se señala la personalidad del paciente o la pobreza como factores de riesgo para adquirir una enfermedad de transmisión sexual (hc-65)<sup>a</sup>. Tampoco es raro que los antecedentes venéreos y la conducta sexual de algunos enfermos se exprese de una manera un tanto jocosa y moralizante, como se puede apreciar en la anamnesis de una prostituta de 21 años que ingresó por una sífilis secundaria (hc-f):

*“Refirió que habiéndose presentado la primera menstruación a los 12 años, y siguiendo una vida licenciosa a partir de aquella fecha, contrajo varias afecciones; las unas por capricho o por satisfacer el orgasmo venéreo; las otras por su profesión aventurera. En tal estado llegó a los 20 años, en cuya fecha ingresó en este Establecimiento con una úlcera sifilítica en la horquilla; tratada y curada a los dos meses próximamente, continuó poniendo en juego su aparato generador con objeto de satisfacer el apetito genésico, y fue de nuevo dada de baja en la Sección de Higiene, ingresando en este Establecimiento [...]”*

No son raras las expresiones retóricas en la redacción de los antecedentes personales, lo que le da cierto gracejo al relato del caso. Así, para señalar que un paciente era bebedor y promiscuo, se habla de que era *“aficionado a los alcohólicos y a la Venus”* (hc-214).

---

<sup>a</sup> En el historial de una mujer de 30 años se dan diferentes razones por las que habría padecido varias enfermedades venéreas: *“Entre los datos anamnésicos figuran diferentes lesiones del aparato genital, pues siendo de un temperamento nervioso, constitución pasiva, de un género de vida licencioso y de escasos recursos para atender a la subsistencia, los trastornos nerviosos de la inervación uterina, frecuentes histeralgias y leucorreas que por espacio de seis años venía padeciendo, la colocaban en condiciones abonadas para resentirse con el más ligero exceso en el coito”* (hc-65).

En las historias clínicas se señalan otros muchos antecedentes médicos, como neumonías (hc-32, hc-144, hc-167), fiebre tifoidea (hc-67, hc-162) o sarampión (hc-132), pero resulta más destacable el reflejo de cuadros que no observamos hoy en día en nuestro medio, como la **viruela** (hc-214), la **fiebre amarilla**<sup>a</sup> (hc-195) o el **paludismo**.

La malaria o paludismo figura entre los antecedentes de un gran número de enfermos representados en el Museo (hc-47, hc-77, hc-78, hc-117, hc-138, hc-144). Se trataba de una enfermedad endémica en la España peninsular, hasta que, fruto de sucesivas campañas sanitarias, el *plasmodium* se consideró oficialmente erradicado en 1966<sup>89</sup>. En los historiales se refieren al paludismo como “fiebres tercianas”, “fiebres cuartanas” o “fiebres intermitentes”, tal como se puede apreciar entre los antecedentes de un enfermo ingresado por sífilis (hc-144):

*“[...] perteneciendo como empleado a la Casa Real, fue destinado a Aranjuez, en donde adquirió unas fiebres intermitentes de tipo tercianario que le duraron dos meses, cediendo después de este tiempo, de una manera lenta y paulatina, a beneficio del sulfato de quinina.”*

El diagnóstico dado para algunos antecedentes puede ser confuso. Este es el ejemplo de varias historias clínicas, donde se señala que el paciente había padecido “**erisipelas**”. Si bien en algún caso se puede entender por erisipela lo mismo que hoy en día (hc-149), es decir, una infección dérmica acompañada de sintomatología general, en otros historiales parecen referirse a irritaciones o infecciones superficiales (hc-41, hc-164)<sup>b</sup>.

También se nombran los “**catarros uterinos**” como antecedentes patológicos de algunas mujeres (hc-41). Por *catarro uterino* se referían a una sintomatología caracterizada por dolores periódicos en el hipogastrio, zona lumbar o inguinal, acompañados o no de secreción<sup>90, 91</sup>, por lo que es probable que denominaran de esta manera diferentes cuadros, como dismenorrea, endometritis y enfermedades inflamatorias pélvicas.

---

<sup>a</sup> La fiebre amarilla es una viriasis endémica de América Tropical y África.

<sup>b</sup> Por ejemplo, en una enferma ingresada por sífilis, se puede leer que las placas que padecía en los genitales exudaban “una serosidad lactescente, de olor nauseabundo y sumamente corrosiva, hasta el extremo de producir una erisipela en las partes circunvecinas” (hc-164).

En casi todas las historias clínicas referidas a mujeres, sobre todo si son jóvenes, se menciona la edad de la primera **menstruación** y si ésta se presenta de forma regular o no. La edad de la menarquia y la regularidad del ciclo menstrual constituían preguntas rutinarias, tanto si el cuadro por el que ingresaban guardaba relación con estos datos anamnésticos, como si no lo hacía.

Las explicaciones fisiopatológicas que se observan en el relato de algunos antecedentes resultan muy curiosas, por diferir ampliamente de las etiologías que actualmente damos por válidas. Una de ellas son los “**enfriamientos**” como causa de algunas enfermedades (hc-12, hc-32). Sirva como ejemplo la razón dada a la tendencia que tenía un transportista de 45 años a padecer infecciones respiratorias (hc-32):

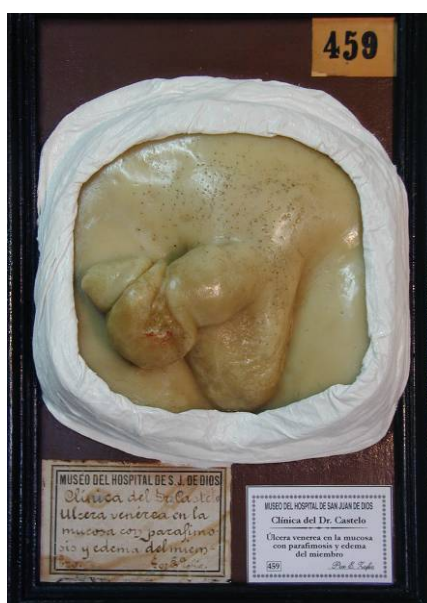
*“[...] refiere haber padecido en el transcurso de su vida una multitud de afecciones, predominando siempre las pneumonías agudas, no pudiendo él evitarlo, en atención a que su oficio, particularmente en el invierno, le obligaba a transportar fardos demasiado pesados, ocasionándole mucha transpiración cutánea; luego se enfriaba repentinamente y adquiría las enfermedades ya citadas, siendo todas ellas combatidas favorablemente a beneficio de las sangrías, cantáridas, y un medicamento líquido cuyo nombre ignora.”*

Aunque la patogenia de la neumonía no se relaciona con “el enfriamiento repentino” tras una sudoración intensa, esta visión médica del siglo XIX explica la razón por la cual buena parte del vulgo sustenta hoy en día ideas similares.

### ***Historia de la enfermedad actual***

El relato de la evolución que ha seguido la enfermedad por la que el paciente consulta con un médico aporta varios datos, como la fecha de los primeros síntomas, los antecedentes epidemiológicos cercanos o los tratamientos empleados por propia iniciativa del enfermo. Sin embargo, lo más llamativo de este apartado de la anamnesis es la meticulosa descripción de todos los signos, síntomas e incluso sentimientos que ha sufrido el enfermo. A este relato se añaden diversos comentarios por parte del médico, que pretenden explicar (y a veces censurar) la conducta del paciente.

Un ejemplo de ello lo encontramos en la siguiente historia clínica, donde se relata el padecimiento que ha seguido un enfermo afecto de un chancroide (Figura 16), hasta que se decide a consultar con un médico (hc-22):



**Figura 16**

*“Úlcera blanda en la mucosa con paraquimosis y edema del miembro” (hc-22).*

*“Este individuo [...] había cohabitado 15 días antes con una mujer prostituta. [...] dijo haber sentido tres días más tarde de aquel coito impuro, una ligera sensación como de quemadura cerca del frenillo, y entonces quiso ver con la natural desconfianza si por acaso aquella mujer le había puesto malo; mas no había tenido en cuenta que el fimosis congénito le impediría poner al descubierto el sitio donde se refería el escozor, pues si bien estando bueno y sano, con algún esfuerzo conseguía desprepuciar, entonces le era*

*mucho más difícil y doloroso; por estas tentativas vino en conocimiento de que real y efectivamente a él le sucedía algo malo. Entonces creció el interés de averiguar la lesión oculta a su vista, y comenzó una serie de manipulaciones, cuyo resultado fue poner al descubierto el glande, y con gran sorpresa vio que la causa de aquel escozor era una pequeña úlcera, muy superficial, situada no en el frenillo, sino en uno de los repliegues mucosos del prepucio.”*

A continuación, la historia clínica detalla el tratamiento tentativo realizado sobre la úlcera, sin ahorrarnos el sufrimiento padecido por el paciente cuando se desarrolló la parafimosis (hc-22):

*“Con el fin de poderse curar aquella llaguita dejó al descubierto la parte y comenzó desde luego a lavarse con el vino aromático, rodeándose el miembro con paños humedecidos en dicho vino; pero la noche del mismo día comenzaron a molestarle vivamente unos dolores tan intensos que parecía –dijo- le iban a seccionar el glande, y trató de subir el prepucio que, ya tumefacto, comenzaba a formar una brida estranguladora por detrás de la retracción; los dolores y la tumefacción fueron creciendo cada vez más hasta hacerse intolerables; no pudo dormir y al siguiente día, desesperado, por consejo de un amigo, se aplicó una cataplasma de malvas; inútiles fueron todos estos recursos, y entonces acudió a la Consulta y desde allí vino a la Clínica [...].”*

Las extensas descripciones de la evolución que sigue la enfermedad por la que el enfermo acaba ingresado en el Hospital de San Juan de Dios, permiten apreciar el curso completo de cada patología, con todo tipo de detalles. Gracias a otra prolija historia, podemos observar el desarrollo que había seguido una escabiosis en una mujer, al momento de ingresar en el Hospital a cargo del Dr. Olavide (hc-73):

*“Quince días antes y sin causa aparente de contagio comenzó a sentir leves picores hacia los pliegues interdigitales de los dedos de la mano izquierda, picor no muy molesto en un principio, pero que más adelante se exacerbaba durante la noche y la impedían conciliar el sueño hasta hora muy avanzada de la mañana en que, rendida del insufrible tormento, quedaba postrada. Sin embargo no cedían por esto; la obligaban al*



*despertarse a rascarse con violencia hasta hacer brotar sangre con las uñas, y aún durante el día la recordaban lo que por la noche había tenido lugar.”*

El relato continúa con las interpretaciones que hacían sus allegados, la descripción de las pápulas “*como puntas de alfiler*” y la progresión del cuadro (hc-73):

*“Será un hervor de la naturaleza, la decían, y refrescaba, se purgaba, hacía uso de los polvos de almidón, pero inútilmente; nada consiguió; aquellos pequeños granitos como puntas de alfiler eran causa de su pertinaz picor; la erupción ganó terreno; ya no eran los espacios interdigitales los invadidos, era también la cara dorsal de la mano, el antebrazo todo, y en la opuesta extremidad congénere veía con disgusto que empezaban a iniciarse los mismo síntomas.”*

La narración tan detallada de la historia de la enfermedad, aunque resulte extensa de leer, consigue transmitir una idea muy clara del curso clínico que se comenta. Estas largas explicaciones debían perseguir una finalidad docente para los médicos visitantes del Museo. Además, las licencias literarias que se permite el médico, el reflejo de los sentimientos del paciente y la explicación de los motivos de su conducta, consiguen que el lector sienta una mayor empatía hacia el enfermo, algo más difícil de lograr si la historia de la enfermedad se narra de una forma breve y fría.

Son numerosos los historiales en los que la evolución que ha seguido la enfermedad se narra de forma casi novelesca. Las descripciones más creativas corresponden al Dr. Palacios, que era médico ayudante en diferentes salas del Hospital de San Juan de Dios<sup>a</sup>.

Asimismo, se recogen comentarios por parte del médico que hoy se considerarían políticamente incorrectos. Esto es más evidente al describir los hábitos sexuales de los

---

<sup>a</sup> Uno de los ejemplos más paradigmáticos de redacción literaria se puede leer en otra historia clínica recogida por Palacios, donde se describe la necrosis del pene que sufrió un varón durante el transcurso de una uretritis: “*Tres días antes se había entregado a los placeres de la Venus en un estado de embriaguez, y como quiera necesitaba ocultar su padecimiento, sufrió hasta el último momento; pero cuando la progresión se hizo difícil y aún imposible; cuando se vio acometido bruscamente de aquella manera; cuando sintió el malestar general, quebrantamiento de fuerzas, pérdida del apetito, sed, dolor de cabeza, calor y ansiedad; cuando tuvo que guardar cama por la fiebre que acompañaba a todo este cuadro sintomático local, mientras que la lesión del miembro se hacía mucho más intensa y los dolores insoportables, confesó su estado, trasladándose a este Hospital de San Juan de Dios*” (hc-17).

pacientes modelados por alguna enfermedad venérea, donde se leen expresiones como “*de malas costumbres*” (hc-3), “*efecto de relaciones sexuales impuras*” (hc-12), o “*a consecuencia sin duda de la vida relajada, verdaderamente licenciosa que llevaba*” (hc-15).

En algunas historias clínicas se señala la interpretación que da el enfermo acerca del cuadro que padece. Estas ideas pueden ser fantasiosas, como la observada en la historia clínica de un paciente que achacaba a “*una mojadura*” un cuadro de sífilis secundaria (hc-48) (Figura 17):



**Figura 17**

“*Sifilide polimorfa generalizada dérmica, primer periodo*” (hc-48).

“*Hace cinco meses contrajo un chancro duro en el glande, acompañado de infartos inguinales que desaparecieron, lo mismo que la llaga, al poco tiempo. Días después sufrió una fuerte mojadura, a consecuencia de la cual le salió una erupción de pequeños granos, sin picor ni dolor, que se cubrían de una costra negruzca, y cuya erupción se generalizó pronto a todo el cuerpo*”<sup>a</sup>.

<sup>a</sup> Se entiende en este caso que “*la mojadura*” era la explicación dada por el enfermo, ya que Olavide, encargado de este paciente, conocía perfectamente que se trataba de un cuadro sífilítico. El tratamiento con mercuriales sistémicos resolvió el proceso (hc-48).

Algunos pacientes afectados de enfermedades venéreas trataban de disimular ante el médico el origen del cuadro, avergonzados por su actitud. En el historial de una viuda afecta de sífilis se indica que *“a pesar de la obstinación de la enferma en desfigurar las causas de su enfermedad, el hecho es que existe una sifilítica”* (hc-37). Un varón que presentaba grandes condilomas acuminados perianales, y que sus médicos sospecharon que se debían a *“relaciones sexuales contranaturales”*, tampoco colaboraba demasiado en la anamnesis (hc-10):

*“[...] Estos granitos fueron aumentando en número y en volumen, creciendo y apiñándose hasta adquirir en conjunto las dimensiones que hoy tiene. Debe advertirse que la relación que el enfermo hace de sus antecedentes morbosos es sumamente confusa, y está denunciando el engaño y la mentira de que se quiere valer quizá para ocultar una falta reprochable. Lo que queda consignado es lo que puede deducirse con más visos de verdad de su embrollada relación.”*

En la anamnesis de otras enfermedades venéreas también se advierte el intento del paciente de confundir el interrogatorio médico, lo que se explica por un sentimiento de culpa hacia la conducta que ha seguido (hc-16):

*“La relación que hace del origen y curso de su padecimiento actual es confusa, imperfecta y hasta contradictoria, lo cual revela el deseo de ocultar y desfigurar la verdad.”<sup>a</sup>*

En otras historias clínicas se reflejan los sentimientos de desconsuelo que padece el enfermo, e incluso venganza, por haber contraído una enfermedad venérea. Es el caso de un fotógrafo de 26 años afectado por una sífilis pustulosa (hc-167) (Figura 18):

*“[...] poniendo en función sus órganos genitales, adquirió, como consecuencia de un coito impuro, unas úlceras en el surco balano-prepucial, que le molestaban bastante, impidiéndole la bipedestación necesaria para su profesión [...]; una vez curado, queriendo vengarse de la mujer que le puso en el estado que hemos referido, consiguió,*

---

<sup>a</sup> Esta actitud, que se sigue observando hoy en día en muchos pacientes afectos de enfermedades de transmisión sexual, parece más comprensible aún durante el siglo XIX, en una sociedad más puritana que la actual.

*a los dos meses de crápula, contraer una úlcera dura en la piel del miembro, que fue abandonada, por creer el paciente se trataba de una rozadura [...], pero a los seis meses observó que en la superficie de la piel apareció una erupción confluyente, semejante a la viruela, y sin originarle molestias de ningún género; esta erupción fue secándose, y al desprenderse las costras se fueron sucediendo, hasta formar prominencia; ha consultado con infinidad de médicos, y todos los medios prescritos han sido deficientes, por lo que resolvió ingresar en este Establecimiento, donde se le sacó el modelo y se tomaron los datos siguientes [...]*”



**Figura 18**  
“*Sifilide pustulosa*” (hc-167).

Son muy numerosos los comentarios acerca de la conducta del enfermo. En ocasiones se refleja la frustración por parte del médico ante la actitud poco colaboradora del paciente (hc-153). También son frecuentes expresiones subjetivas, como “*afortunadamente*”, “*desgraciadamente*” o “*presentaba un estado deplorable*”. En la descripción de una neurofibromatosis que padecía una mujer de 71 años, se alcanza cierta exageración, al afirmar que las lesiones otorgaban “*al conjunto del individuo el aspecto más repulsivo que puede observarse en nuestra especie*” (hc-113). Sin embargo, esto no implica que los médicos sintieran rechazo hacia esta paciente, ya que

de las expresiones cariñosas reflejadas en su historial, se desprende que “*la Teresa*”, nombre con el que conocían a esta mujer, era muy querida dentro del Hospital de San Juan de Dios.

Los comentarios subjetivos del médico y los juicios de valor que éste realiza sobre la conducta del paciente, no deben entenderse como un signo de rechazo hacia el enfermo. Al contrario, son el reflejo de una Medicina humanizada y personalizada, que corresponde a una época en que la relación médico-paciente poseía unas connotaciones más paternalistas que hoy en día.



## EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física de los pacientes que han sido modelados en este Museo suele englobarse dentro del apartado denominado “*Estado actual*” de las historias clínicas. Aunque los términos empleados para esta exploración coinciden, en general, con los utilizados en el presente, algunas denominaciones pueden conducir a equívocos. Por ejemplo, es frecuente que se describan los ganglios linfáticos como “*infartados*”. Con ello no se refieren a su necrosis, sino a su hiperplasia (adenopatías). Tampoco se refieren con “*el miembro*” a ninguna extremidad, sino al pene.

A continuación se estudian las diferentes características de la exploración recogida en los historiales de las figuras del Museo, agrupadas según ésta sea dermatológica, sistémica, anatómica o mediante el empleo de alguna técnica complementaria. Se ha intentado resaltar los aspectos diferenciales respecto a la práctica dermatológica actual.

### ***Exploración dermatológica***

La exploración dermatológica que se refleja en las historias clínicas del Museo no sigue exactamente las mismas pautas que hoy en día. La terminología empleada para nombrar las lesiones elementales suele coincidir con la utilizada actualmente (como “pápulas”), aunque a veces se designan con nombres vulgares (“granos”) o bien se describen directamente (“pequeñas elevaciones sólidas”). Esto debía perseguir que la redacción fuese comprensible para todos los médicos que visitaban el Museo, y no sólo para los especialistas en las enfermedades de la piel.

Es muy llamativa la mezcla, dentro del apartado dedicado a la exploración, de signos (elementos objetivos) y síntomas (elementos subjetivos), todo ello dentro de una prolija descripción de las lesiones observadas y de su evolución en el tiempo. Podemos apreciar un ejemplo en el retrato que realiza Palacios de un cuadro de secundarismo sifilítico con características liquenoides (hc-141) (Figura 19):

*“En todos aquellos puntos de la piel privados de la influencia de la luz existía una erupción papulosa, seca y confluyente, compuesta de pequeñas elevaciones circulares sin zona inflamatoria circundante, indolentes, duras, secas, que picaban, con una*

*pequeña gotita de sangre seca en el ápice de color rojo escarlata, coloración que no desaparecía con la presión del dedo, y formando por sus agrupaciones grandes chapas, en medio de las cuales quedaban espacios de piel sana, como el modelo representa.”*



**Figura 19**

*“Liquen sífilítico generalizado y confluyente” (hc-141).*

A continuación, Palacios explica la evolución que seguía la aparición de estas lesiones (hc-141):

*“El orden que guardaban en su presentación por brotes sucesivos podía seguirse de día en día, pues en limitado espacio en donde nada se distinguía la víspera, al siguiente veíanse dos o tres pequeñas manchas rojizas, como picaduras de pulga, las cuales en veinticuatro horas adquirían el máximo de su desarrollo y después permanecían estacionarias, persistiendo sin embargo en todas las fases de la erupción, inicial, incremento y estado, el síntoma predominante, que era el picor, exacerbado a intervalos, pero sin desaparecer por completo.”*

Y por último, se describe el aspecto descamativo e hiperpigmentado que iba tomando la erupción sífilítica, a medida que desaparecía gracias al tratamiento mercurial (hc-141):



*“La erupción empezó a perder de color, cambiándose el rojo escarlata por un matiz rojo lactericio, y en algunas pápulas, desde la circunferencia al centro, se inició la descamación furfurácea [...]. [Dos semanas después] era ya general la descamación y en los puntos ocupados por las pápulas, que fueron las primeras en aplastarse y descamarse, sólo quedaban, en vez de elevaciones, manchas pigmentarias y de color rojo cobrizo que no molestaban para nada a la enferma.”*

En otro ejemplo podemos apreciar cómo relata Azúa el desarrollo de los anillos concéntricos en un cuadro de eritema multiforme (hc-a) (Figura 20):



**Figura 20**

*“Eritema multiforme exudativo: variedad eritema iris vesiculoso” (hc-a).*

*“En los antebrazos y parte inferior de los brazos existían las lesiones expresadas en el modelo; la formación de estas se hacía del siguiente modo: aparición de una mancha eritematosa redonda, elevación de la superficie roja y aparición de un círculo de vesículas que rodeaba la parte central; después, nuevo círculo de vesículas externo al primero y crecimiento de la placa por los bordes; posteriormente en algunas aparición hasta de un tercero o cuarto círculo vesiculoso. Conforme se desarrollaban unos círculos las vesículas de los antebrazos se aplanaban, reabsorbiéndose incompletamente el exudado; se unían unas vesículas con otras y engendraban el*

*aspecto irisado amarillo-verdoso y rojizo que se ve en el modelo. El epidermis de la parte central, no invadido al principio por el proceso de vesiculación, acababa por ser levantado al final cuando se fusionaban unas vesículas con otras.”*

Existen muchos historiales en el Museo donde, como en los ejemplos anteriores, se refleja la exploración dermatológica de forma minuciosa y con una redacción muy cuidada. El hecho de que la exploración se acompañara de los síntomas experimentados por el paciente o de diversas interpretaciones del médico, parece responder a la finalidad docente que se perseguía con el Museo. De esta forma, se ofrecen integrados los principales datos anamnésticos y exploratorios para llegar al diagnóstico<sup>a</sup>.

En otros historiales se señalan diversos aspectos semiológicos de interés diagnóstico, como son la dirección que siguen los surcos acarinos en la escabiosis, en sentido transversal respecto a las arrugas normales de la piel (hc-73), o las diferentes peculiaridades del prurito en distintas patologías (hc-62, hc-73, hc-108). También se encuentran descripciones que sirven para inmortalizar las características de cuadros que hoy en día no se observan en nuestro medio. Éste es el caso de las costras fávicas, *“formadas por la reunión de capas concéntricas”* (hc-132) y *“enucleables con el borde de una carta o tarjeta”* (hc-77). De igual forma, se reflejan las lesiones “rupioides” (Figura 21), que se caracterizan por una gran hiperqueratosis evolucionada a través de pústulas, y que son comparadas por Borobio con la concha de una ostra (hc-50):

*“En el arco supra-orbitario derecho, lado izquierdo de la nariz y región frontal izquierda hay seis pústulas de rupia con los caracteres siguientes: son voluminosas, elevadas y cubiertas de costras enormemente gruesas, de color grisáceo, secas,*

---

<sup>a</sup> Puede leerse una bonita descripción de las características del eccema numular en una historia clínica recogida por Palacios. En ella se observa perfectamente cómo se entremezclan datos anamnésticos, datos exploratorios, pruebas complementarias e incluso interpretaciones fisiopatológicas: *“El carácter de los eczemas, ese aspecto cribiliforme [sic] de la piel por cuyos orificios se exuda el líquido albuminoso que luego se ha de concretar formando la costra especial de dicha lesión cutánea, no es perceptible en este caso, y tiene como carácter notable, más que la naturaleza del padecimiento, la forma geométrica definida, elíptica y circunscrita, regular y limitada, sin que, como es lo general, se extienda irregularmente en su superficie, pues parece haber quedado encerrada dentro del perímetro ya mencionado con respecto a la configuración que adopta. Esta variedad de eczema, cuya naturaleza parecer ser herpética, dada la simetría, el picor inmoderado que aparece formando uno de los síntomas culminantes y la reacción alcalina por medio del papel azul de tornasol, constituye el primer brote, y a pesar de la celeridad del curso, pues ya empieza a iniciarse en algunos puntos la descamación foliácea, indicio de la curación pronta, es de suponer que llegada la estación de otoño se reproduzca”* (hc-108).

*formadas por la superposición estratificada de una porción de escamas córneas, que semejan exactamente la concha de una ostra.”*



**Figura 21**

*“Rupia sifilítica en la cara de un joven” (hc-50).*

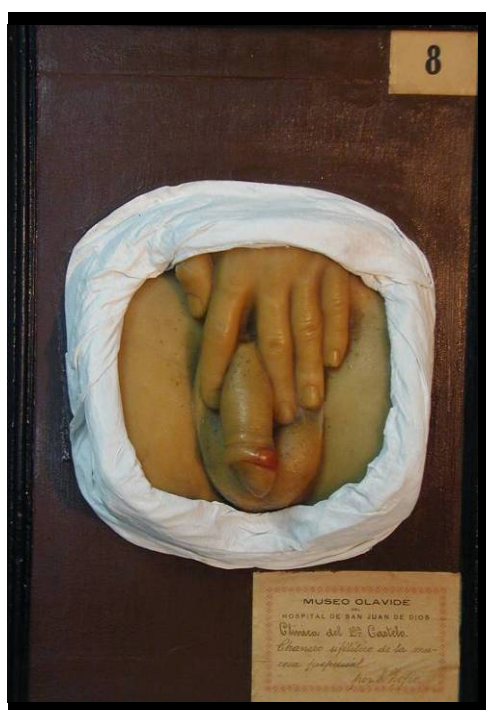
Estas lesiones rupioides supuran al ser comprimidas y asientan sobre un borde inflamatorio (hc-50):

*“Comprimiendo las costras sale por su base una pequeña cantidad de pus. Son indolentes, de base ancha y redondeada y circunscrita por una aureola rojo-cobrizo.”*

*El chancro como ejemplo:* Tomando como ejemplo la primoinfección sifilítica, en las historias clínicas del Museo se puede observar cómo se señalan insistentemente aspectos semiológicos que denotan un gran conocimiento clínico entre los médicos de este Hospital. La descripción tan detallada de los signos y síntomas de la enfermedad se justifica, en gran medida, por la carencia de pruebas complementarias en la Medicina de finales del siglo XIX. Esto llevaba a que el diagnóstico, y con ello el tratamiento adecuado, se asentara exclusivamente en los datos clínicos. De ahí la importancia de la profusión de datos anamnésticos y exploratorios que encontramos en estos historiales.

En el caso de un chancro típico afectando la mucosa prepucial (Figura 22), tras la descripción del cuadro, se razona perfectamente el diagnóstico, por tratarse de una úlcera solitaria, indolora, dura, con un fondo rojizo y acompañada de adenopatías regionales (hc-29):

*“Dada la multiplicidad de caracteres [de esta úlcera], como son el ser única, indolente, de fondo limpio y sonrosado, dura, con infartos inguinales, sin contar con las condiciones del pus, poco habíamos de vacilar para asignarla un apellido [sífilis], dejando después al tratamiento que corroborase el diagnóstico formado.”*



**Figura 22**  
*“Úlcera sífilítica (mucosa prepucial)” (hc-29).*

En otra historia clínica, perteneciente a un varón que presentaba nada menos que tres úlceras sífilíticas en el surco balano-prepucial, se añaden detalles sobre la peculiar dureza de los chancros sífilíticos, la cual, según se explica, asienta en su base y no sólo en el borde de la lesión<sup>a</sup> (hc-40):

<sup>a</sup> La dureza del chancro era un elemento exploratorio muy importante a la hora de reconocer que se estaba ante una lesión sífilítica (“úlceras duras”) y no ante un chancroide (“úlceras blandas”), ya que el tratamiento y pronóstico difiere radicalmente.

*“Si se tomaba cada una de aquellas úlceras entre los dedos pulgar e índice de la mano derecha, comprimiendo la base de su implantación, podía venirse en conocimiento del carácter de dureza básica y no circunferencial que los prácticos asignan como patognomónico de la úlcera infectante.”*

El chancro típico, denominado “hunteriano” en honor a la descripción que de él hizo John Hunter<sup>92, 93</sup>, posee unos bordes elevados que, según se recoge en los historiales, confieren a la úlcera “un aspecto de cazuela” (hc-203). Pero también se describen las características de los chancros atípicos, como los localmente destructivos (hc-153, hc-231), los hipertróficos (hc-282), los que en vez de úlcera producen una erosión más superficial (hc-204) o los que carecen de una forma redondeada y de la particular dureza (hc-28) (Figura 23):



**Figura 23**  
*“Úlcera dura apergaminada en la piel del prepucio”,  
 modelada cuando se encontraba en periodo de  
 resolución (hc-28).*

*“A diferencia de las úlceras duras comunes, veíamos que no existía esa forma circular que predomina; que no había la dureza básica que las caracteriza; que empezó sí por una pápula, pero que más tarde se convirtió en vesículo-pústula, ni más ni menos que sucede en las úlceras venéreas [chancroide]; que no tenía el color rojo oscuro ni la indolencia de las descritas como úlceras duras tipos, y sin embargo coincidente con las*

*adenopatías poliganglionales de las regiones inguinales; [...] Para demostrar la necesidad que hay de precisar en estos casos el diagnóstico [...] se ha mandado por el distinguido profesor modelar el sujeto de la lesión.”<sup>a</sup>*

Una de las descripciones de una sífilis primaria atípica da lugar a una curiosa hipótesis acerca del desarrollo de una u otra presentación clínica. Corresponde al historial de un enfermo que sufría un nódulo palpebral (“*sifiloma*”) como puerta de entrada de una sífilis sistémica (Figura 24). El Dr. Viforcós realiza las siguientes reflexiones (hc-49):



**Figura 24**

*“Sifiloma del párpado. Sifilide papulosa discreta.  
Angina específica” (hc-49).*

*“¿Cómo aparece comúnmente la primera manifestación de la infección? ¿Lo hace siempre bajo la forma de ulceración? Yo creo que no: aquella varía según el producto infeccioso, y al decir esto expondré las razones en me que apoyo. Si la sustancia infectante procede de líquidos serosos puramente o de sangre de individuos sifilíticos y*

<sup>a</sup> Es posible que esta lesión corresponda a una infección por el virus del herpes simple. Así lo sugieren la forma estrellada de la úlcera, la vesícula y pústula previa, las adenopatías bilaterales, la “*sensación de quemadura*” y la curación en pocas semanas. También es probable que otras afecciones catalogadas en este Museo como primoinfecciones sifilíticas atípicas, correspondan realmente a enfermedades venéreas que no se habían descrito adecuadamente a finales del siglo XIX. De todos modos, el hecho de que los médicos reflejaran en estos historiales distintas formas de “chancros”, indica que existía un nivel clínico muy alto, y que quizás ellos mismos eran conscientes de la posibilidad de que estuviesen ante entidades patológicas diferentes a la sífilis.

*coincide la afección en un sitio donde no existe lesión alguna de continuidad sino una simple excoriación, ¿podrá resultar aquí una forma ulcerativa igual a la resultante por los materiales procedentes de una esclerosis necrosada o de una pápula sifilítica en contacto con una herida o cualquiera foco ulcerado? Yo repito que mis creencias en sifiliografía lo rechazan, y de aquí estriban los diversos caracteres que los autores señalan al llamado chancro sifilítico.”*

A continuación, Viforcós explica el porqué de la falta de la dureza característica en esta rara primoinfección sifilítica, para finalizar con la hipótesis de que la formación de un chancro o de un nódulo en el sitio de inoculación depende de si el líquido exudado es purulento o bien otro “*que carezca de la fuerza irritativa que el pus*”, y de que la puerta de entrada se conserve más o menos íntegra (hc-49). En algún otro historial se pueden encontrar curiosas disertaciones fisiopatológicas, o el reflejo de dudas científicas y bellos comentarios a propósito de algún caso<sup>a</sup>.

En definitiva, el apartado dedicado a la exploración dermatológica muestra un nivel clínico muy alto. Mezclados con la exploración de las lesiones, se suelen añadir síntomas, aspectos evolutivos e incluso interpretaciones fisiopatológicas del cuadro. Esto parece explicarse por la función docente que se pretendía con la creación de este Museo y por la escasez de pruebas complementarias en la Medicina de la época.

---

<sup>a</sup> Uno de ellos se dedica al vitiligo observado en un enfermo que permanecía ingresado por una uretritis. Palacios refleja en su historial las siguientes dudas científicas: “*¿Por qué es frecuente el vitiligo en aquellos sitios privados directamente de la luz solar? ¿Por qué afecta diversas coloraciones? ¿Por qué, en una palabra, se constituye para no desaparecer jamás? Puntos son todos estos que la clínica no ha podido resolver todavía y en vano se pretende corregir lesiones de esta naturaleza, refractarias a cuantos medios se han puesto en práctica para combatirlos.*” Se apunta a continuación a un posible origen vascular en la etiopatogenia de esta enfermedad, aunque se deja claro que, por su benignidad, el vitiligo es “*un objeto de verdadera curiosidad científica más que una entidad patológica de interés*” (hc-138).



***Exploración sistémica***

La exploración física que se recoge en los historiales del Museo Olavide no sólo describe las lesiones dermatológicas por las que ingresa el enfermo, sino que también incluye una exploración general de forma sistemática, por órganos y aparatos, aunque la clínica presentada por el enfermo sea sólo cutánea. La descripción de la exploración por órganos y aparatos encabeza el apartado de la exploración física, y suele comenzar por la posición que adopta el enfermo. Podemos observar un ejemplo en la historia clínica de un varón con un chancro sifilítico (hc-29):

*“Decúbito indiferente, piel con su coloración normal, digestión fácil, respiración franca y libre, circulación normal, sistema nervioso sin alteración que digna sea de mencionarse. Reconocidos los órganos genitales nos hallamos con infartos del tamaño de garbanzos en ambas regiones inguinales; la mucosa prepucial presentaba una ulceración sonrosada [...]”*

En algún paciente concreto se relatan de forma detallada los hallazgos exploratorios de otros órganos distintos a la piel. Es el caso de una niña de 10 años con ictiosis (Figura 25), en cuyo historial se refleja la hipoestesia que presentaba en las regiones donde las escamas eran más gruesas (hc-70-71):

*“Las impresiones moderadas hechas sobre estas partes [las menos afectadas por la ictiosis] son percibidas con claridad por la enferma; nos hemos valido de un compás de punta aguda, y dejando entre sus ramas un espacio de dos milímetros, la impresión táctil ha sido única; aumentando después la separación y por consiguiente la distancia entre las dos sensaciones, fue distinta y bien apreciada, relacionándola con los puntos de aplicación. En las caras palmares y plantares [...] si las impresiones táctiles hemos visto que se percibían distintamente en los demás puntos, aquí están totalmente abolidas, y todo lo más que se consigue es provocar el dolor.”*





**Figura 25**  
*“Ictiosis generalizada” (hc-70-71).*

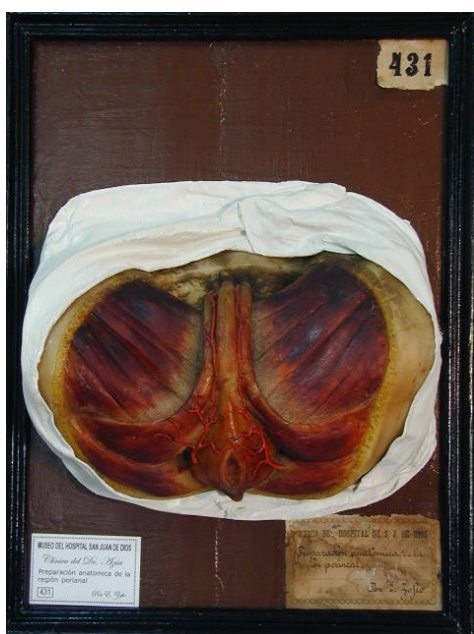
En un enfermo ingresado por una erupción papular pruriginosa que se acompañaba de asma y síntomas digestivos, podemos apreciar una minuciosa descripción de la auscultación y del análisis del esputo (hc-100):

*“Hipersecreción mucosa laringo-traqueo-bronquial con estertores mucosos de gruesas burbujas en las gruesas ramificaciones bronquiales, tos húmeda con expectoración, abundancia de mucus mezclado con leucocitos, glóbulos linfoides y células embrionarias de tejido epitelial, algunas de aquellas sufriendo la degeneración gránulo-grasienta, y aunque en pequeña cantidad, glóbulos de pus, disnea y ataques de asma, frecuentes durante la noche.”*

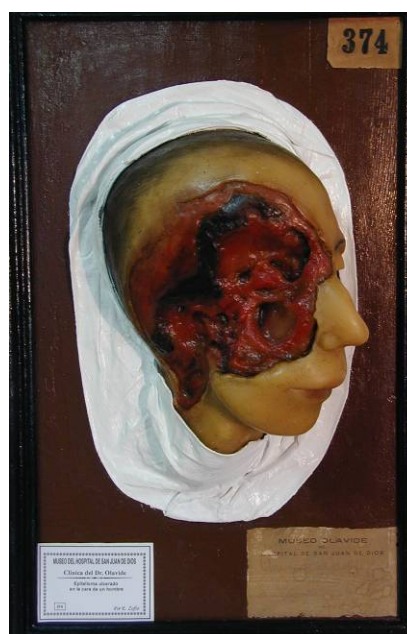
Estos y otros ejemplos muestran cómo los médicos dedicados a la piel a finales del siglo XIX practicaban una Medicina integral, atendiendo las patologías asociadas en otros órganos.

### *Preparados anatómicos*

Algunas de las figuras del antiguo Museo Olavide que han sido recuperadas corresponden a preparados anatómicos realizados por el escultor Enrique Zofio (hc-11, hc-121, fr-231). Uno de ellos refleja la región perineal de un hombre en una visión antero-caudal (Figura 26), donde se observa el esfínter anal externo, el músculo elevador del ano y otros aspectos anatómicos, como los músculos bulbo-cavernosos e isquio-cavernosos, flanqueados por las arterias perineales superficiales. Se trata de una región anatómica que los dermatólogos de la época debían conocer bien, ya que realizaban muchos procedimientos quirúrgicos sobre el periné. Esto explica la presencia de este modelado anatómico dentro del Museo.



**Figura 26**  
“Preparación anatómica de la región perineal” (fr-231).



**Figura 27**  
“Epitelioma ulcerado de la cara” (hc-121).

En otro caso se representa un extensísimo carcinoma basocelular en la cara que finalmente condujo al fallecimiento del paciente (Figura 27). Por la gran extensión y minuciosidad que ocupa en la historia clínica la descripción anatómica de las estructuras observadas tras la progresión de la neoplasia, parece que una de las finalidades que se dio a esta figura era la de ofrecer una lección anatómica (hc-121)<sup>a</sup>.

<sup>a</sup> En su historia clínica Palacios relata: “El estado que ofrecía su dolencia en el momento de morir, que fue cuando se sacó este modelo, es el siguiente: situada la neoplasia epitelial en toda la extensión del arco superciliar derecho, se extiende hacia arriba por la eminencia frontal correspondiente [...]”

Por último, también se encuentra un modelado de la disección del pene realizada tras la autopsia de un enfermo con un cálculo vesical (Figura 28), que se comenta en el siguiente apartado.

---

*Parcialmente vemos interesados la apófisis orbitaria interna, los propios de la nariz, los músculos, aponeurosis y piel que cubre estos huesos, la apófisis ascendente del maxilar superior y palatinos hacia dentro; inferiormente tenemos a la vista el borde alveolar de la mandíbula inferior hasta el punto donde se considera situada la fosita mirtiforme, sin que restos de músculos la cubran, excepto en la porción externa en donde aparecen algunos trozos del buccinador y ptérigo-maxilar, simulando manojillos fibrosos libre y sin puntos de inserción fijos; sucesivamente encontramos la rama horizontal del maxilar inferior, en cuyo borde dentario y próximo al ángulo de este hueso se inserta el masetero roto en su continuación, la apófisis cigomática y parte del digástrico (vientre posterior) sigue después. Se aprecia distintamente la apófisis mastoides hacia atrás y el conducto auditivo falto del pabellón de la oreja, el globo ocular ha sido separado de sus vínculos de unión y en el punto de la pared superior de la órbita y arco superciliar que han desaparecido, vemos el lóbulo frontal correspondiente herniado al exterior aunque cubierto por la dura madre; la mandíbula inferior no puede efectuar sus movimientos de elevación y depresión por falta de los músculos elevadores y depresores y se hallan por esta razón interrumpidos los actos masticatorios” (hc-121).*

### ***La exploración y las pruebas complementarias***

Como se aprecia en algunas historias clínicas, la exploración física también se ocupa del análisis visual y olfativo de líquidos varios, a falta de pruebas complementarias. Sirva como ejemplo la descripción de la orina recogida en un enfermo que sufría una prostatitis crónica y un cálculo vesical (hc-11):

*“El chorro de orina era fino, y ésta era a su vez escasa, turbia, de color lechoso, con estrías de sangre unas veces, y otras con sangre en disolución en la masa del líquido, empañando las paredes y el fondo del vaso destinado a recogerla, de una capa lactescente como tela de huevo, y dejando depositar sedimento mucoso.”*

En esta historia clínica también se recogen las características de la próstata apreciadas mediante el tacto rectal y la dificultad que se tuvo para explorar la vejiga, debido a la imposibilidad del sondaje. El enfermo acabó falleciendo, descubriéndose en la autopsia, tal como se sospechaba, que sufría un cálculo vesical (hc-11). El mismo cálculo se añadió al modelado de cera, que representa la disección del pene y la vejiga con sus paredes hipertrofiadas (Figura 28).



**Figura 28**  
*“Próstato-cistitis crónica y blenorrea. –Cálculo vesical” (hc-11).*

Una minuciosa descripción de las características exploratorias del cálculo sirve para conocer su composición (hc-11):

*“Observóse además, apenas se abrió la vejiga, la existencia de un cálculo, el mismo que acompaña a la figura, de figura esférica, de color blanco, de superficie áspera, desigual, formada por unas especies de agujas o cristales que lastiman los dedos cuando se comprimen con alguna fuerza, del tamaño de una acerola, de poco peso atendido su volumen (dos dracmas y media), fácilmente deleznable; y que por todos estos caracteres físicos parece debe hallarse formado principalmente de fosfato de amoniaco y magnesia.”*

Otros ejemplos que reflejan la inspección visual y olfativa de distintos líquidos dentro de la exploración física, los encontramos en la descripción del exudado del cuello uterino en un caso de sífilis secundaria (hc-65)<sup>a</sup> o del drenaje de un hidrocele (hc-147)<sup>b</sup>.

En los casos de tiñas del cuero cabelludo también se aprecia una exploración muy minuciosa. Podemos observar, incluso, el examen micológico realizado en 1881 por Olavide sobre un niño de 7 años afecto de una tiña tonsurante (hc-76):

*“El examen histológico demostró la presencia de esporos redondeados, incoloros, estrangulados en su centro, agrupados a modo de racimo o cuentas de rosario y de un tamaño variable entre cuatro y seis milésimas de milímetro, caracteres positivos que, unidos a los negativos de la ausencia de micelium y de tubos esporóforos, daban a conocer que se trataba de la criptógama atrospórea torulácea, llamada por Malmsten Trichophyton tonsurans.”*

Otra prueba complementaria que se observa empleada en el Museo, *“como lujo de diagnóstico”*, es la autoinoculación del exudado de un chancro en una mujer que sufría una primoinfección sifilítica (hc-204). Esta técnica consistía en la introducción del pus de una úlcera sifilítica en una incisión practicada sobre piel aparentemente sana del mismo enfermo<sup>94</sup>. Sin embargo, la prueba tenía sus detractores, ya que sus resultados

<sup>a</sup> Las características del exudado del cuello uterino son las siguientes: *“El líquido que por éste salía, más transparente y albuminoso que el ya citado de los folículos, era saponificado al contacto del aceite de que va impregnado el spéculum; alcalino, inodoro y formando moco glutinoso”* (hc-65).

<sup>b</sup> Tras drenar el líquido de dicha cavidad, se analiza: *“Salió por la cánula próximamente 60 gramos de un líquido poco denso, de color pajizo, inodoro y con escasos copos albuminosos, líquido que precipitaba, por el calor y por la acción del ácido nítrico, gran cantidad de albúmina”*. En este mismo paciente, previamente al drenaje del líquido, se aprecia cómo estudiaron las características de este hidrocele por transiluminación: *“Aunque con alguna dificultad, podía también determinarse oscura fluctuación y transparencia palpando y observando el escroto a través por iluminación”* (hc-147).

eran nulos en muchos pacientes sífilíticos, mientras que podían ser catastróficos en médicos sanos que se sometían voluntariamente a la prueba<sup>95</sup>. En el caso reflejado en el Museo, la autoinoculación del exudado del chancro no obtuvo ningún resultado (hc-204).

En conclusión, las pruebas complementarias recogidas en el Museo corresponden a casos excepcionales, y no a una práctica rutinaria. El escaso desarrollo de las técnicas que sirven para la realización de pruebas complementarias era subsanado con una exploración física que obtenía el máximo provecho de las apreciaciones humanas.

### *El realismo de las figuras*

El trabajo de los modelados de cera es muy minucioso, llegando incluso a imitar la manera en que se realiza la exploración *in vivo* de las lesiones que se representan. Así, podemos observar varias figuras en las que se recrea perfectamente la forma de realizar la exploración, modelando las manos del paciente, que separan la piel para permitir una mejor visualización (Figura 29), o incluso insertando instrumentos en las figuras, como un colposcopio, para ayudar a apreciar una úlcera en el cuello uterino (Figura 30).



**Figura 29**  
*“Fagedenismo venéreo del anillo vaginal y horquilla” (hc-174), donde también se representan las manos separando los labios vulvares.*



**Figura 30**  
*“Úlcera gomosa fagedénica del cuello uterino” (hc-290). Apréciase la inclusión de la parte externa del colposcopio.*

Un hecho diferencial y muy llamativo de las figuras del Museo Olavide son las grandes dimensiones que ocupan sus modelados. Los escultores del Hospital de San Juan de Dios reflejaban extensas zonas anatómicas del paciente, a tamaño natural, con el fin de representar el cuadro dermatológico en su conjunto. Existen tres figuras que muestran el cuerpo completo del enfermo (fr-1, fr-23, fr-395), mientras que otras muchas recogen, en un único molde, la cabeza, todo el tronco y parte de los miembros. De esta forma, algunas piezas llegan a pesar 15 Kg. A su gran tamaño se une la excelente calidad general, con muy variados matices del color y textura de la piel representada, algo muy destacable de este Museo respecto a otros similares.



Muchos marcos presentan más de un molde del mismo paciente, mostrando las lesiones de distintas partes anatómicas (Figura 31). Aunque se contabilicen como una única figura, estas tablas recogen modelados independientes, que requerían un trabajo aparte con su propio molde de escayola.



**Figura 31**

*“Disqueratosis follicular (Enfermedad de Darier)” (fr-7).* En el mismo tablero se recogen cinco modelados del paciente.

Desde el punto de vista artístico, destaca la escurpulosidad de la labor realizada por los escultores del Museo, y especialmente por Enrique Zofío, autor del 82% de las figuras recuperadas hasta la fecha. Los escultores reprodujeron fielmente el color natural de la piel del paciente, el brillo característico de algunas úlceras, los diferentes tipos de costras, etc. Sirven como ejemplo, por su polimorfismo, las figuras tituladas *“Dermatitis de Duhring [...]”* que representan las lesiones de una dermatitis herpetiforme sufrida por un paciente de Azúa (Figura 32 y Figura 33). En ellas se aprecian perfectamente las excoriaciones, hiperpigmentaciones, vesículas, pápulas, costras e incluso alguna ampolla, sirviendo de modelo inmejorable para el estudio de esta enfermedad.





**Figura 32**  
*“Dermatitis de Duhring (Dermatitis polimorfa, dolorosa, crónica, de brotes sucesivos)” (fr-63).*



**Figura 33**  
*“Dermatitis de Duhring (Dermatitis polimorfa, dolorosa, crónica, de brotes sucesivos)” (fr-9).*

Las muestras de la calidad de estas figuras son numerosísimas, y se aprecian mejor estudiando las piezas *in situ*. En muchos casos, se ha representado la expresión del paciente, que va desde la indiferencia hasta la sensación de desamparo. Para conseguir un mayor realismo, muchos modelados presentan ojos de cristal, pestañas superiores con vello (las inferiores suelen aparecer pintadas) e incluso pelo auténtico en el cuero cabelludo o el pubis (Figura 34 a Figura 36).



**Figura 34**

*“Bubón primitivo en la región inguinal derecha” (hc-24), figura que añade una mata de vello original.*



**Figura 35**

*“Ictiosis: tipo saurosis. El modelo está hecho después de una serie de baños y fricciones con glicerina” (fr-310).*



**Figura 36**

Detalle de la Figura 35 (fr-310), que parece corresponder a una ictiosis lamelar. Se aprecia un ectropión y la alopecia cicatricial en el cuero cabelludo, cejas y pestañas, aunque el paciente aún presentaba algunos mechones de cabello, adheridos al modelado. Los ojos de la figura son de cristal.

## ACLARACIONES SOBRE DETERMINADOS DIAGNÓSTICOS

El Museo Olavide permaneció abierto hasta 1966. Sin embargo, parece que no existen figuras realizadas con posterioridad a la década de 1940. El grueso de la colección se creó entre 1880 y 1920, lo que abarca un periodo en que el conocimiento médico varió considerablemente, y con ello la nosología de las distintas enfermedades. Esta es la razón por la que los términos empleados para designar algunas patologías también varían dentro del propio Museo. La terminología que en la actualidad resulta más extraña es la observada en las figuras de la primera época de la colección, por ser la más alejada del presente.

A continuación, se comentan los nombres diagnósticos existentes en el Museo que difieren ampliamente de los utilizados hoy en día, explicando su significado o su equivalente actual.

### *Uretritis, chancros y chancroides*

Existe una gran cantidad de figuras en esta colección representando enfermedades venéreas, que pertenecen, sobre todo, a la primera etapa del Museo. Esto es un reflejo de la alta prevalencia que existía a finales del siglo XIX y comienzos del XX de las enfermedades de transmisión sexual. El nombre otorgado a estas enfermedades difiere en ocasiones del que empleamos hoy en día. Uno de estos diagnósticos es el de **“blenorragia”**, que se encuentra en multitud de historias clínicas y con el que hacen mención a cualquier tipo de uretritis, sea o no gonocócica.

Para referirse al chancro sifilítico es muy frecuente que se utilice la denominación de **“úlceras duras”**, en honor a la dureza que presenta este tipo de úlcera en su base. Por contraposición, denominaban **“úlceras blandas”** al chancroide, o bien “chancro blando” o “úlceras venéreas”. Por lo tanto, en los historiales y figuras donde se habla de “úlceras venéreas” no se refieren a cualquier tipo de úlcera ocasionada por una enfermedad de transmisión sexual, sino al chancroide.

Del chancroide están ampliamente representadas en el Museo las características inflamatorias, e incluso ulcerosas, de sus adenopatías, a las que denominan “bubones” (hc-14, hc-26, hc-27) (Figura 37).



**Figura 37**  
*“Úlceras blandas de la mucosa balano-prepucial. Bubones ulcerados con hipertrofia de los ganglios inguinales. Hernia inguinal en el lado derecho” (hc-26).*

El chancroide había sido diferenciado de la sífilis en 1842<sup>96</sup>, por lo que se trataba de un cuadro conocido entre los médicos del Hospital de San Juan de Dios en la época en que se comenzó a crear su Museo dermatológico. Sin embargo, no ocurre lo mismo con otras enfermedades venéreas que se describieron más tarde, como el linfogranuloma venéreo o el granuloma inguinal. Algunas figuras que muestran úlceras en genitales, adenopatías o abscesos, se catalogan como chancroides o bien no reciben un diagnóstico específico, pero parecen corresponder a enfermedades venéreas de otro tipo. Por ejemplo, algunos historiales relatan lo que podría corresponder a cuadros de herpes simple genital (hc-28, hc-67), granuloma inguinal (hc-16, fr-67, fr-319) o enfermedades no venéreas que parecen haberse catalogado como tales erróneamente, como la hidrosadenitis supurativa (hc-3).

### *Fagedenismo y serpiginismo*

Varias figuras e historiales del Museo reciben el sobrenombre de “fagedenismo” y “serpiginismo” para recalcar las características destructivas y extensas de algunas úlceras. Tal como explica Sáinz de Aja, por *fagedénica* se entiende una lesión que invade profundamente los tejidos de forma rápida, mientras que por *serpiginosa* se habla de aquella lesión, también ulcerosa, que destruye más superficial y lentamente. Las causas últimas de las úlceras fagedénicas y serpiginosas son muy variadas (sífilis, tuberculosis, chancroide, infecciones por anaerobios, etc.) y suelen dotar de alguna peculiaridad a la úlcera<sup>97</sup>.

Un ejemplo de *úlceras fagedénicas* lo observamos en el historial de un paciente que, tras “*un coito impuro*”, presentó una pústula en el surco balano-prepucial. Esta pústula dio lugar en poco tiempo a la extensa úlcera que revela su modelado, y que destruye la piel de todo el pene (Figura 38). La curación completa se consiguió en tan sólo dos meses, mediante cauterizaciones y antisépticos (hc-16)<sup>a</sup>.



**Figura 38**  
 “Úlcera fagedénica en el prepucio y piel del miembro” (hc-16).

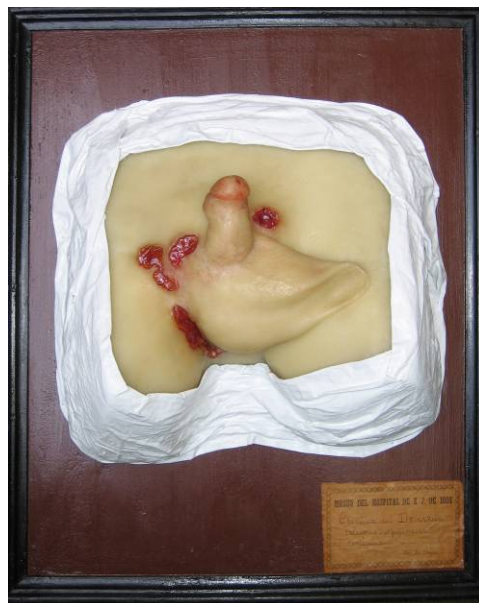
<sup>a</sup> En la etiqueta de esta figura se cataloga el cuadro como un subtipo de chancroide, al recibir el apellido de “venérea” (“Úlcera venérea fagedénica de la mucosa balano-prepucial”) (hc-16). Sin embargo, por las características clínicas no se puede descartar que se trate de otra patología, como un granuloma inguinal o un chancroide sobreinfectado con otros gérmenes.



Las peculiaridades del fagedenismo y su rápida tendencia destructiva se describen perfectamente en la historia clínica de un paciente afectado por unas “*placas mucosas gangrenadas en las márgenes del ano*”, que se desarrollaron en el transcurso de una sífilis secundaria (hc-140):

*“El olor que de la parte se desprendía recordaba el característico de la gangrena, y la insensibilidad, unida a la zona inflamatoria de la úlcera, el rápido desarrollo de ésta y la marcadísima tendencia hacia la destrucción en su superficie y profundidad, fijaban el carácter fagedénico, proceso invasor que en corto plazo mina y destruye grandes porciones de tejidos.”*

Respecto a las **úlceras serpiginosas**, encontramos algunos ejemplos de figuras muy llamativas. Una de ellas corresponde a un paciente diagnosticado por Azúa de “*úlceras serpiginosas venéreas*” (fr-37), en la que se observan varias ulceraciones superficiales, de formas abigarradas, en la región inguinal de un varón (Figura 39). La úlcera serpiginosa venérea corresponde a una rara variante del chancroide, donde a partir del chancro blando, o más frecuentemente de una de sus adenopatías fistulizantes, se desarrollan ulceraciones crónicas, de progresión centrífuga y muy resistentes a los distintos tratamientos<sup>96, 98</sup>.



**Figura 39**  
“Úlceras serpiginosas venéreas” (fr-37).

Azúa, en un exhaustivo estudio que realizó sobre las úlceras serpiginosas venéreas, encontró una incidencia de sólo 5 casos sobre un total de 7.388 enfermos con chancroide que había atendido<sup>99</sup>. Por lo tanto, es sencillo hacerse una idea de la rareza de este diagnóstico, incluso en una época en que el chancroide era muchísimo más frecuente que hoy en día. Azúa describió, además, unos mamelones carnosos en los bordes de estas úlceras, que le recordaban, por su morfología y evolución, al chancro blando, y que habían pasado desapercibidos para otros autores. La clínica es tan abigarrada que, según Azúa, se hace *“tan difícil de describir como fácil de recordar”*<sup>99</sup>.

El diagnóstico diferencial del serpiginismo venéreo lo establece Azúa con la sífilis terciaria, la úlcera tuberculosa, el granuloma inguinal y el epiteloma. Es muy probable que muchos de los casos descritos en la literatura de la época con el sobrenombre de “serpiginismo” se debieran a patologías no ocasionadas por el bacilo del chancroide, como el mismo Azúa reconoce al realizar una revisión bibliográfica de forma crítica<sup>99</sup>.



**Figura 40**  
*“Úlceración serpiginosa venérea”* (fr-319).

Pero la figura más llamativa representando un cuadro de *serpiginismo* la encontramos en la titulada *“Úlceración serpiginosa venérea”* (Figura 40). Si bien este modelado carece de historia clínica, corresponde a una paciente presentada por Sánchez-Covisa,

en dos ocasiones, durante las reuniones de la *Sociedad Española de Dermatología*<sup>100, 101</sup>.

La enferma había comenzado dos años atrás con un “grano” en la región sacro-coxígea, que fue extendiéndose lentamente a la piel de ambos glúteos. De estas ulceraciones se aisló el bacilo de Ducrey, lo que apoyaría el diagnóstico de venéreo (chancroide) en esta exuberante lesión. Las discusiones posteriores a la presentación del caso muestran que no hubo unanimidad en el diagnóstico, y algunos médicos (Azúa entre ellos) no descartaron la posibilidad de una sífilis<sup>100, 101</sup>.

En definitiva, con los términos de “*fagedénico*” y “*serpiginoso*” los médicos de la época no hacen más que describir las características clínicas de distintas úlceras. Es el apellido que encontramos en algunas figuras (como el de “serpiginismo venéreo”, es decir, de origen chancroide) el que lo relaciona con una determinada entidad. Sáinz de Aja personifica estas lesiones para ofrecer un ejemplo muy claro de sus características<sup>97</sup>:

*“El fagedenismo es un atleta, como el de Maratón, que un día hace una carrera de 50 kilómetros y muere agotado por su esfuerzo. El serpiginismo es un buen señor, un paciente Job, que en años recorre esos 50 kilómetros y se encuentra el último día tan fresco y capaz de seguir marchando como cuando comenzó su caminata.”*



## Vegetaciones

En las historias y figuras del Museo Olavide se denominan *vegetaciones* a las verrugas producidas por el virus del papiloma humano en la región genital (condilomas acuminados). Se encuentran varios modelados representando estas lesiones, que en ocasiones, por vergüenza o desidia del enfermo, llegan a evolucionar a grandes masas carnosas (hc-4-5, hc-6, hc-7, hc-9, hc-10, hc-12, hc-188, hc-257) y se describen como “*semejando una fresa*” (hc-6, hc-188) o “*como madroños*” (hc-7). Estos grandes condilomas se parecen a los que hoy en día aún podemos observar, en alguna ocasión, en pacientes inmunodeprimidos (Figura 41 y Figura 42). Otras figuras denominadas “*vegetaciones*” representan verrugas víricas genitales con un componente más queratósico (Figura 43).



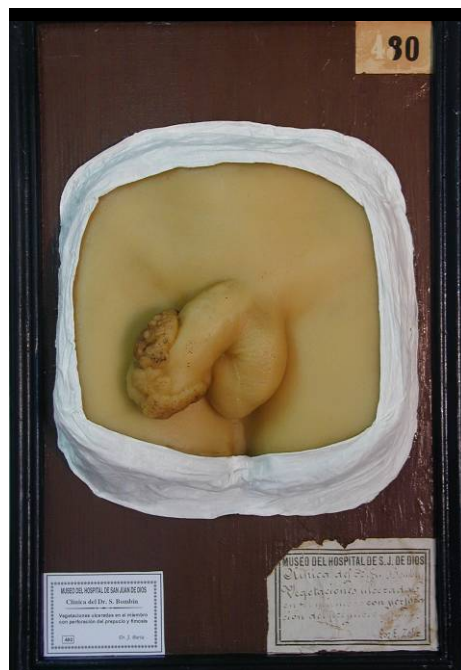
**Figura 41**  
“*Vegetaciones vasculares en la vulva y ano*”  
(hc-257).



**Figura 42**  
“*Vegetaciones enormes y apiñadas en los grandes labios*” (hc-12).

Llama la atención cómo en algún caso se relaciona el agente causal de una uretritis (“*blenorragia*”) con los condilomas acuminados, dada la coincidencia de ambas infecciones (hc-188):

*“[...] en vista de los anteriores síntomas se diagnosticó de vegetaciones granuliformes pediculadas producidas por el contacto del pus y flujo blenorragico sobre un punto de la mucosa prepucial casualmente erosionado.”*



**Figura 43**

*“Vegetaciones ulceradas en el miembro con perforación del prepucio y fimosis” (fr-150).*

La creencia de que estas verrugas víricas estaban producidas por una uretritis era compartida por gran parte de la clase médica<sup>102</sup>, así como que se trataban de una manifestación sifilítica<sup>103</sup>. Sin embargo, algunos autores ya apuntaban a un agente independiente, afirmando incluso que *“lo que llamamos verrugas en las manos, son higos o vegetaciones cuando se hallan en los labios, en el balano, en el prepucio, etc.”*. O, dicho de otro modo, *“las vegetaciones, al fin y al cabo, no son más que las verrugas de los órganos genitales”*<sup>103</sup>.

El tratamiento de estas *vegetaciones* consistía, tal como se refleja en las historias clínicas, en su extirpación y cauterización de la base, o bien la destrucción directa de los condilomas, si éstos eran pequeños. La recidiva tras la resección quirúrgica se señala frecuentemente (hc-6, hc-7, hc-188).

***Placas mucosas***

Existe una gran cantidad de modelados en el Museo cuyo diagnóstico es “*placas mucosas*” (hc-45, hc-47, hc-55, hc-65, hc-66, hc-134, hc-135-136-137, hc-140, hc-150-151, hc-160, hc-163, hc-164, hc-218, hc-f). En algunos historiales se especifica que se trata de lesiones sifilíticas, pero en otros casos se obvia el diagnóstico, por lo que puede llevar a confusión.

En los tratados de la época se puede apreciar la descripción de las placas mucosas, también denominadas “placas húmedas”, como lesiones de secundarismo sifilítico, constituidas por pápulas de color cobrizo, que aparecen principalmente en genitales, boca, alrededor de los orificios naturales y en zonas de pliegues, como la raíz de los muslos, axilas y entre los dedos<sup>104</sup>. Las pápulas confluyen, son exudativas y emanan un olor “fétido”. Si forman excrecencias se denominan “condilomas”, y si son lineales, “rágades”. Éstas últimas se observan frecuentemente entre los dedos de los pies<sup>105</sup>. Por lo tanto, por *placas mucosas* se referían a las lesiones de secundarismo sifilítico que hoy denominamos condilomas planos, a las erosiones superficiales de las mucosas y a las rágades sifilíticas.

Se observa una descripción de estas *placas mucosas* en el historial de una mujer de 22 años que sufría una sífilis de ocho meses de evolución (hc-164) (Figura 44):

*“En la cara interna de los muslos, pliegue de las ingles, monte de Venus, región perineal y borde libre de los grandes labios, [presentaba] una serie de ulceraciones perfectamente circulares, de color rojizo en su periferia y una zona opalina en su centro, segregando una serosidad lactescente, de olor nauseabundo y sumamente corrosiva, hasta el extremo de producir una erisipela en las partes circunvecinas.”*

Estas pápulas se trataron mediante cauterizaciones con nitrato ácido de mercurio, resolviéndose las lesiones en dos semanas (hc-164)<sup>a</sup>.

---

<sup>a</sup> Sorprendentemente, en alguna historia que relata el cuadro de estas *placas mucosas*, se observa que el único tratamiento realizado fue el local sobre los condilomas (hc-163, hc-164). No se señala por qué no se siguió también un tratamiento sistémico con mercuriales, a pesar de que los médicos conocían perfectamente que las *placas mucosas* se presentaban como expresión de una sífilis sistémica.



**Figura 44**

*“Placas mucosas ulceradas en los genitales externos” (hc-164).*

En otros casos se describe la pseudomembrana que recubre alguna de estas lesiones como una *“capa blanquecina parduzca, verdadera difteria, cual si se tratara de las falsas membranas del crup, debido todo, sin duda alguna, a la falta de limpieza que la paciente objeto de nuestra atención tenía”* (hc-163).

Alguna figura representa grandes placas exudativas, como las aparecidas en la región perianal de un enfermo que había sido tratado un año antes con mercuriales sistémicos por un chancro sifilítico, aunque a una dosis demasiado baja (hc-218) (Figura 45):

*“Háyase cubierta toda la periferia anal por manchas semiesféricas que sobresalen de la superficie cutánea, grandes, duras, rojizas, limitadas, separadas unas de otras por una película cutánea, de curso crónico, húmedas, y cuyas líneas más céntricas tienen un color algo violáceo, siendo más pequeñas y en menor número en la piel de los testículos y habiendo algunas en la parte más alta y posterior de las nalgas.”*

Para su tratamiento, se cauterizaron las placas y se administró durante tres meses la mezcla de yoduro mercuríco potásico, que consiguió mejorar la sífilis sistémica (hc-218).



**Figura 45**

*“Placas mucosas ulceradas en las márgenes del ano, testículos y escroto” (hc-218).*

Por lo tanto, por *placas mucosas* debemos entender, principalmente, los condilomas planos. Otra denominación que recibe este tipo de lesiones en alguna figura del Museo, cuando los condilomas asientan en el pliegue axilar o poplíteo, es la de “*placas hipertróficas*” (fr-136, fr-351).

## ***Elefantiasis***

Con el término “elefantiasis”, hoy en día nos referimos a la hipertrofia que se observa en los estadios crónicos de la infección por la microfilaria *Wuchereria Bancrofti*, debido a la obstrucción que produce este parásito sobre los vasos linfáticos. Sin embargo, en las figuras del Museo Olavide se habla de “*elefantiasis de los griegos*” para denominar una forma de lepra, mientras que por “*elefantiasis de los árabes*”, “*fuscas*” o “*nostras*” se entiende el resultado linfedematoso de cuadros muy diversos, como la insuficiencia venosa, traumatismos o erisipelas de repetición.

La “**elefantiasis de los griegos**” era uno de los nombres que recibía la lepra lepromatosa<sup>a</sup> en la antigüedad<sup>106</sup>. A lo largo de la historia también se ha denominado a la lepra como “elefantiasis de los árabes”<sup>107</sup>, lo que puede llevar a confusión, ya que este último término solía reservarse para el “*engrosamiento monstruoso de uno de los miembros*”, que no tenía por qué ser de origen leproso<sup>108</sup>. En el Museo Olavide se encuentra una figura llamada “*Lepra o elefantiasis de los griegos*” (hc-129-130), cuyo título no da lugar a equívocos.

En cambio, por “**elefantiasis de los árabes**” se entendía la malformación hipertrófica de algún miembro, cualquiera que sea su causa. Las diversas etiologías de esta malformación ya se conocían, o se sospechaban, en el siglo XIX, incluyendo la infección tropical por microfilaria. Alfaro describió en 1840 las diferencias entre la *elefantiasis de los árabes* que “*se manifiesta en los países cálidos, en África, en Asia [...]*”, distinguiéndola de “*la forma observada en Europa*”, y que ocurre en patologías donde se desarrolla un edema crónico, como la insuficiencia cardíaca. Aún sin conocer la etiología parasitaria, Alfaro refleja perfectamente la clínica de la filariasis y sus distinciones con otras entidades que conducen a la hipertrofia de un miembro, pero siguió agrupando todos estos procesos bajo la denominación común de “*elefantiasis de los árabes*”<sup>109</sup>.

---

<sup>a</sup> La lepra lepromatosa era conocida como lepra “tuberculosa”, que no debe confundirse con lo que hoy entendemos por lepra “tuberculoide” (ver apartado dedicada a la lepra más adelante).



**Figura 46**

*“Elefantiasis de los árabes del pene y escroto” (hc-91).*

Son varias las historias clínicas del Museo tituladas *“Elefantiasis de los árabes”*. Una de ellas corresponde a un varón de 24 años con un gran linfedema en genitales (Figura 46). El paciente había sufrido, sin causa aparente, erisipelas recurrentes en el pene y escroto. Este joven provenía de Toledo, y nada se señala en su historial acerca de algún viaje a un país tropical (hc-91), por lo que parece poco probable que la causa fuera una filariasis. En los otros casos catalogados como *“elefantiasis de los árabes”* también se describen traumatismos o erisipelas como desencadenantes del linfedema, además de otros aspectos clínicos que no corresponden a la filariasis (hc-96, hc-97, hc-133).

Otras figuras reciben el nombre de “elefantiasis”, sin ningún apellido, representando también la malformación hipertrófica de un miembro o de los genitales (hc-7, fr-20, fr-43, fr-57, fr-307, fr-364, fr-379). En ocasiones se señala que el origen es traumático (hc-7, fr-379) (Figura 47), por gomas sifilíticas (fr-57) o por una insuficiencia venosa<sup>a</sup> (fr-20).

<sup>a</sup> Como dato docente, en una historia clínica podemos leer una descripción de la exploración del edema con fôvea, que se refleja en un paciente con *elefantiasis de los árabes* en la pierna derecha: “[...] si se comprime con el dedo en cualquier punto, se hunde y deja marcada la huella por un corto espacio de tiempo, cambiando de coloración para después adquirirla de nuevo” (hc-133). En otra paciente se intenta drenar la *elefantiasis* del labio mayor derecho: “[...] da la falsa idea de una fluctuación, pues explorando con el trócar de Recamier sólo resulta estar compuesto de tejido célulo-adiposo” (hc-7).





**Figura 47**  
*“Hipertrofia difusa cornea-papilar y dérmica (elefantiasis). Origen traumático” (fr-379).*



**Figura 48**  
 Estado de la figura anterior cuando fue recuperada, antes de su restauración.

Igualmente, se han encontrado algunos modelados que llevan por nombre *elefantiasis*, pero que han sido realizados por el escultor José Barta en una etapa posterior, bien entrado el siglo XX. Estas figuras se titulan *“Elefantiasis fusca seudonigra verrucosa”* (fr-262), en relación al color oscuro (fusco) de la hiperqueratosis, y *“Elefantiasis nostra con hiperqueratosis ictiosiforme paquidérmica, edema crónico ulceroso y vegetante”* (fr-5). Estos modelados, que ya han sido comentados en otro trabajo<sup>110</sup>, representan el estado hipertrófico, queratósico y pigmentado de sendos linfedemas (Figura 49 y Figura 50).

Desechando el término de *elefantiasis de los árabes*, a partir de 1930 se comienza a hablar de *elefantiasis “nostras”* (“las nuestras”, que se dan en nuestro medio), en contraposición a la elefantiasis por filariasis. Así, por elefantiasis nostras se refieren a todas aquellas hipertrofias de la piel y tejido subcutáneo que simulan la filariasis, pero que no están causadas por este parásito, sino por complicaciones de la sífilis, el chancroide, la tuberculosis o, sobre todo, tras erisipelas estreptocócicas<sup>111, 112</sup>. Covisa y



Bejarano amplían las causas, incluyendo, además de las infecciones, la insuficiencia venosa y la obstrucción linfática de origen tumoral o quirúrgico<sup>113</sup>:

*“Estas diversas formas de elephantiasis, que observamos en nuestro país, se califican con el nombre de elephantiasis nostras.*

*Existe una forma exótica, que se conoce con el nombre de elephantiasis de la filariosis, de poco interés para nosotros, y que es determinada por la existencia de la filaria en la sangre.”*



**Figura 49**  
“*Elephantiasis fusca seudonigra verrucosa*” (fr-262).



**Figura 50**  
“*Elephantiasis nostra con hiperqueratosis ictiosiforme paquidérmica [...]*” (fr-5).

En conclusión, en el Museo, la denominación de *elephantiasis* y *elephantiasis de los árabes* se refiere a la malformación hipertrófica de una extremidad o de los genitales, cualquiera que sea su causa. Con *elephantiasis nostras* y *fuscas* se distingue a aquéllas que no están originadas por la filariasis. Por último, la *elephantiasis de los griegos* denomina la forma lepromatosa de la lepra.

## ***Escrofulídes***

Muchas de las figuras del Museo llevan por título “escrofulíde”, en referencia a un cuadro que simula el escrofulismo. Hoy en día, por *escrófula* denominamos la tuberculosis que afecta los ganglios linfáticos del cuello, que es probablemente la forma más común de tuberculosis extrapulmonar<sup>114, 115</sup>, y por *escrofuloderma* a los abscesos tuberculosos que fistulizan a la piel<sup>116</sup>. Sin embargo, en el siglo XIX, por escrofulismo no sólo señalaban la tuberculosis, sino diferentes enfermedades con tendencia a la exudación, a la formación de úlceras, abscesos, nódulos y adenopatías, de curso crónico y pertinaz a los tratamientos<sup>83</sup>.

La palabra “escrófula” deriva del término latino *scrofa*, que designa a la hembra del cerdo<sup>117</sup>, por la semejanza entre una enfermedad que sufre este animal y los cuadros escrofulosos en humanos<sup>118</sup>. La tuberculosis era el principal representante del escrofulismo, pero otras patologías también recibían este sobrenombre, como el impétigo, el acné y algunos eccemas. El escrofulismo debe ser entendido como la aparición de exudación, pústulas o abscesos en individuos de *temperamento linfático*, que tendrían una predisposición o *diátesis escrofulosa*<sup>118, 119</sup>. Jessner aclara estos conceptos al explicar cómo los individuos “escrofulosos” presentan una especial predisposición a sufrir la tuberculosis, pero también otro tipo de dermatosis<sup>120</sup>:

*“Las personas escrofulosas poseen una marcada tendencia a las afecciones cutáneas. Estas afecciones se dividen en dos grupos: las dermatosis en los escrofulosos (eczemas) y las dermatosis escrofulosas de carácter específico [tuberculosis]. Estas últimas [...] se designan con el nombre de escrofulodermas. Las primeras tienen solamente relaciones con la escrofulosis en el sentido de que ésta crea una predisposición para el eczema. Manifiéstase en estos casos la diatesis linfática o exudativa. No existe un eczema tuberculoso propiamente dicho.”*

Gran parte de las figuras catalogadas como *escrofulídes* o *escrófulas* dentro del Museo corresponden a tuberculosis cutáneas (Figura 51). Así se desprende tanto por la clínica que se relata en sus historiales, como por las lesiones que se muestran en la figura (hc-85, hc-86, hc-87, hc-94, hc-175, hc-c, fr-124). Sin embargo, otros modelados parecen representar patologías distintas. Puesto que los cuadros de tuberculosis cutánea se

comentan en otra sección, en este capítulo se discutirán las figuras que reciben el sobrenombre de *escrofulide* y parecen representar cuadros no tuberculosos.



**Figura 51**

*“Escrofulide tubérculo neoplásica ulcerativa en la cara de un joven”*  
(fr-124), que corresponde a una tuberculosis cutánea.

En la historia clínica titulada *“Escrofulide exudativa en el cuello y pecho de un niño de siete años”* se presenta el caso de un varón que sufría, desde hacía dos meses, una erupción caracterizada por un prurito intenso, eritema, excoriaciones y vesículas de contenido claro<sup>a</sup> (Figura 52). El paciente mejoró considerablemente tras sólo un mes de tratamiento con purgantes, yoduro de hierro y polvos de almidón (hc-92).

La clínica relatada y la pronta recuperación sugieren que el cuadro podría corresponder a un eccema impetiginizado. De hecho, Palacios señala el *“carácter del eczema”* de estas lesiones al relatar la evolución tras el tratamiento (hc-92):

*“A partir de entonces la escrofulide se quedó estacionaria y los brotes sucesivos de vesículas fueron cada vez menores, si bien quedaba todavía persistente el carácter del eczema, es decir, la salida de nuevas pústulas en el sitio mismo y en las inmediaciones.”*

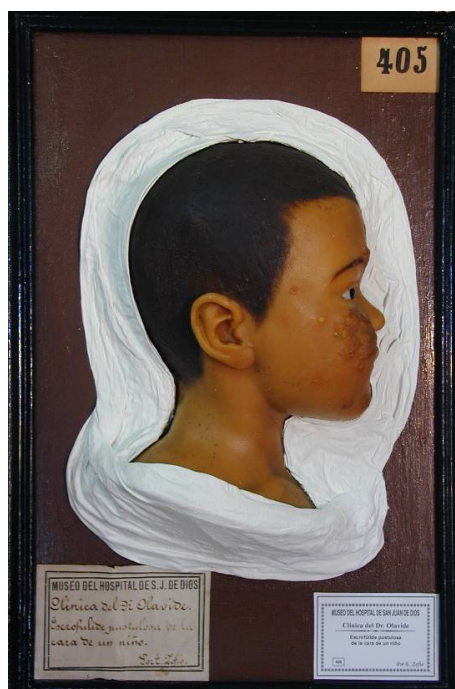
<sup>a</sup> En principio, en su historia clínica se dice que las vesículas son de contenido claro, aunque más tarde se habla de pústulas (hc-92).



**Figura 52**

*“Escrofulide exudativa en el cuello y pecho de un niño de siete años” (hc-92).*

En otros enfermos también se habla de “*eczemas escrofulosos*” en referencia a cuadros exudativos que en ocasiones parecen corresponder a una tuberculosis cutánea (hc-172), pero que en otros casos podría tratarse de verdaderos eccemas (hc-96, hc-97).



**Figura 53**

*“Escrofulide pustulosa de la cara de un niño” (hc-93).*

Algunas figuras diagnosticadas como “*escrofúlides pustulosas*” podrían corresponder a un impétigo (hc-93, fr-269). Es el caso de un paciente de 7 años que sufría pústulas y costras amarillentas de un mes de evolución (Figura 53). De nuevo, la erupción respondió muy rápidamente al tratamiento, pero este niño contrajo la viruela durante su ingreso y acabó falleciendo (hc-93).

La figura denominada “*Escrofúlide ulcerosa generalizada*” nos presenta unas extensas cicatrices y costras en la espalda de una enferma de 18 años que ingresó en 1881 (Figura 54). Aunque el modelado se realizó cuando las lesiones estaban en proceso de curación, en su historia clínica se relata que, desde hacía un año, la enferma sufría la aparición de unas pápulas y pústulas que iban creciendo y ulcerándose. La espalda era la región más afectada, pero las lesiones ocurrían en toda la superficie cutánea (hc-115):



**Figura 54**  
“*Escrofúlide ulcerosa generalizada*” (hc-115).

*“Aparecieron en las piernas unas elevaciones epidérmicas, del tamaño de una lenteja, con tendencia a ensancharse, llegando a tocarse unas con otras por su circunferencia, llenas de un líquido seroso-sanguinolento que se concretaba para formar costras poco adherentes, blandas y de color amarillo negruzco, las cuales desprendidas espontáneamente, o bien por acción mecánica, dejaban al descubierto una ulceración superficial de fondo rojo, bordes gruesos y violados semi-desprendidos y atónicos.”*

Esta paciente podría sufrir un escrofuloderma como forma de tuberculosis, aunque la clínica también recuerda al pioderma gangrenoso, una patología que aún no se había descrito en aquellas fechas. Apoyan este último diagnóstico las características de las úlceras y su comienzo superficial (y no a partir de un absceso profundo). La enferma, además, presentaba diarrea y otra sintomatología digestiva, por lo que es posible que padeciera una enfermedad inflamatoria intestinal de forma acompañante<sup>a</sup>. Curiosamente, entre los múltiples tratamientos que se ensayaron, el mejor resultado se obtuvo gracias a las curas con la solución de ácido fénico (hc-115).

Todas las figuras denominadas *escrofulides* pertenecen a pacientes atendidos en la Clínica del Dr. Olavide. Olavide era partidario de la visión médica que clasificaba las enfermedades en unas pocas diátesis. Entre las dermatosis escrofulosas, que solían representar tuberculosis cutáneas, incluía cuadros tan dispares como las denominadas *elefantiasis de los árabes* o la enfermedad de Addison<sup>121</sup>. A finales del siglo XIX, esta forma de organizar las dermatosis fue perdiendo terreno frente a la visión anatomista o localista<sup>122, 123</sup>, y, tal como se aprecia en las figuras del Museo, fue abandonada por los discípulos de Olavide.

---

<sup>a</sup> La enteritis tuberculosa produce una clínica muy similar, por lo que la diarrea no es un dato que ayude a decantarse por un diagnóstico u otro.



### *Lupus y estiomeno*

En el siglo XIX se denominaba lupus o estiomeno a las manchas y tubérculos de la piel que presentan una tendencia a destruir las zonas vecinas, en forma de úlceras que cicatrizan dejando “horrorosas deformidades”<sup>124</sup>. Su localización más frecuente era la cara, especialmente en la nariz, y uno de los principales diagnósticos diferenciales se realizaba con las neoplasias cutáneas, cuyas características distinguían claramente<sup>124, 125</sup>. Los médicos diferenciaban entre el lupus que no presenta tubérculos, y cuya destrucción es más superficial, en contraposición al tuberculoso, “que ataca generalmente a los sujetos de temperamento linfático y escrofuloso”<sup>124</sup>. Es decir, el término lupus englobaba dos enfermedades muy diferentes, que hoy denominamos lupus eritematoso y lupus vulgar o tuberculoso.



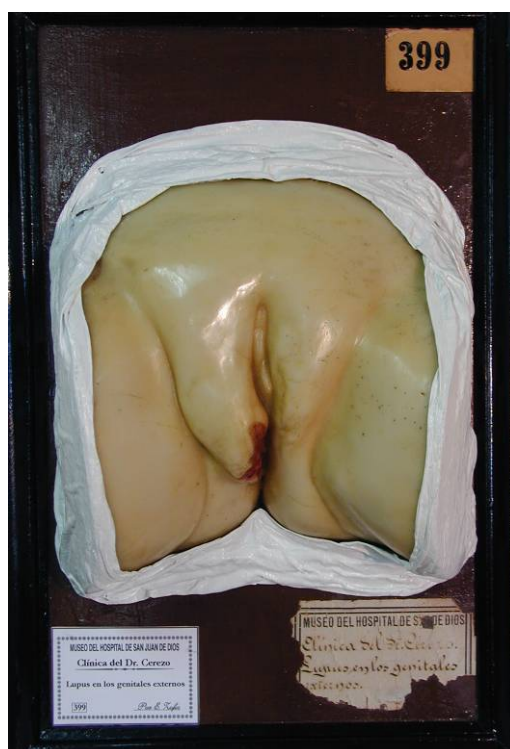
**Figura 55**  
 “Lupus de la cara” (hc-d), representando una tuberculosis cutánea (lupus vulgar).

En las figuras del Museo encontramos la denominación de **lupus** en el diagnóstico de cuadros que corresponden a tuberculosis cutáneas (hc-85, hc-86, hc-172, hc-175, hc-d, fr-133, fr-134, fr-135, fr-171, fr-172, fr-174, fr-282, fr-358) y al lupus eritematoso (fr-13, fr-25, fr-65, fr-311, fr-353, fr-383), aunque la distinción entre una y otra patología

no siempre se señala en la etiqueta de la figura. Un ejemplo de ello se observa en el historial de la figura titulada “*Lupus de la cara*” (Figura 55), donde se refleja una curiosa interpretación fisiopatológica de la tuberculosis cutánea que padecía este joven de 17 años (hc-d):

*“Cuando tenía un año, estando durmiendo en la cama, cayó al suelo y le sobrevino una hemiplejía, apareciendo en seguida una mancha roja, persistente, en la mejilla derecha, del tamaño de un céntimo, que le picaba, obligándole a rascarse, y que más tarde se ulceró, cubriéndose de una costra grisácea.”*

El término **estiomeno**, que significa “rubor corrosivo”, se utilizaba en el siglo XIX como sinónimo de lupus<sup>125</sup>, pero sobre todo se empleaba para referirse a la hipertrofia indurada de la vulva, de causas muy variadas, y que se acompaña de ulceraciones más o menos destructivas, produciendo una gran deformidad<sup>126</sup>.



**Figura 56**  
*“Lupus hipertrófico del gran labio derecho en sus dos tercios posteriores” (hc-281).*

En el Museo encontramos una figura titulada “*Estiomeno vulvar*” (hc-68-69), que representa una hipertrofia de los labios mayores de la vulva en una prostituta con sífilis



secundaria, a consecuencia de los condilomas planos que padecía en la cara interna de los labios (vid Figura 237 en pág. 358). Otra figura parecida se denomina “*Lupus hipertrófico del gran labio derecho en sus dos tercios posteriores*” (Figura 56). En su historial se menciona que la causa de esta hipertrofia residía en un tumor ulcerado en el labio mayor derecho. La enferma, de tan sólo 26 años de edad, se negó a ser sometida a una intervención quirúrgica, falleciendo pocos días después tras sufrir múltiples hemorragias (hc-281).

En las figuras realizadas durante el siglo XX sí se suele añadir un apellido al diagnóstico de *lupus*, hablando ya claramente de *lupus eritematoso* y *lupus tuberculoso* (Figura 57 y Figura 58).



**Figura 57**  
“*Lupus eritematoso generalizado de tipo reticulado*” (fr-383).



**Figura 58**  
“*Lupus tuberculoso*” (fr-133).

Sin embargo, la diferenciación de estos dos procesos no estuvo carente de debate, como se puede apreciar de los datos obtenidos a partir del modelado denominado “*Lupus eritematoso difuso d’emblée*”<sup>a</sup> (fr-25). En él se representa la marcada hiperpigmentación en la cara, escote y brazos de una mujer, respetando las zonas protegidas de la luz (Figura 59). Aunque la figura no se acompaña de historial, Azúa y

<sup>a</sup> “*D’emblée*” significa “de golpe” o “de entrada” en francés.

Sánchez-Covisa presentaron en 1911 este caso durante una de las reuniones de la *Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía*, cuyas actas se recogen en la revista *Actas Dermosifiliográficas*<sup>127</sup>. De esta forma, sabemos que se trata de una mujer de 19 años que sufría, desde hacía pocos meses, lesiones eritematosas y violáceas, primero en los brazos y más tarde de forma generalizada, junto con fiebre y artralgias. Las hiperpigmentaciones representadas en el modelo de cera corresponden a la evolución clínica de estas lesiones. La paciente permaneció ingresada, sufriendo grandes dolores, picos febriles y “*accesos de excitación con gritos e intranquilidad muy acentuados*”, hasta fallecer pocos meses después con un cuadro diséico. En su autopsia se encontró, entre otras anormalidades, un abundante derrame pericárdico, que fue la causa de su muerte.



**Figura 59**  
“*Lupus eritematoso difuso d’emblée*” (fr-25).

Por lo tanto, queda claro que este último caso corresponde a un lupus eritematoso sistémico, descrito en la época en que se comenzaba a diferenciar esta patología de la tuberculosis. Azúa y Covisa relatan los intentos infructuosos para hallar el bacilo de *Koch* en la paciente, así como la enconada discusión que existía en aquella época entre la escuela francesa, que afirmaba que estos cuadros constituían una forma de tuberculosis, y la alemana, que se inclinaba a considerar el lupus eritematoso agudo como “*una infección de origen desconocido*”<sup>127</sup>.

## ***Herpetismos***

Algunas figuras del Museo portan en su diagnóstico el apellido de “herpético”, en referencia a patologías muy distintas a las ocasionadas por el virus del herpes. Todos estos modelados corresponden a pacientes atendidos por Olavide, quien, al igual que con las *escrofúlides*, veía en los *herpetismos* una forma de enfermar, una predisposición o *diátesis*, que presentaban algunos pacientes. Esta idea se deriva de la concepción constitucional de Bazin, que agrupaba los diferentes cuadros cutáneos en unas pocas enfermedades sistémicas<sup>122</sup>, desarrollando la visión de las dermatosis defendida por Alibert a comienzos del siglo XIX<sup>128, 129</sup>.

El término *herpético* se aplica, principalmente, a lo que hoy en día entendemos como dermatitis atópica, aunque también se incluyen otras patologías escamosas y/o pruriginosas, como la psoriasis y el liquen plano. Olavide entiende el *herpetismo* como una enfermedad constitucional (y no un conjunto de enfermedades), que se puede presentar con una o varias de sus múltiples manifestaciones, como hiperreactividad ante picaduras de insectos, placas descamativas, prúrigo, prurito, urticaria crónica, conjuntivitis, rinitis crónica o asma. En la piel del *herpético* predominan las “*grandes placas de psoriasis, de liquen o de eczema crónico*”. Se trata de manifestaciones crónicas y recidivantes, por lo que Olavide advierte a sus colegas que el enfermo “*perderá la esperanza de verse libre de ellas, y agotará vuestra paciencia, siempre poca por el buen deseo que os guía*”<sup>85</sup>.

Además de los síntomas cutáneos y mucosos, al *herpetismo* se atribuían, de forma algo más confusa, ciertas afecciones “viscerales”, que abarcan procesos psiquiátricos (como neurosis e histerismo), gastrointestinales (diarrea), nerviosos (epilepsia, cefaleas y otras neuralgias) e incluso algunas neoplasias. Por ello, Olavide concluye que el *herpetismo* no tratado conduce al fallecimiento del enfermo<sup>85</sup>.

Entre las figuras de este Museo, Olavide cataloga como *herpéticos* cuadros muy diversos, pero que tienen en común el hecho de ser pruriginosos, simétricos y cursar con lesiones vesiculosas o descamativas. Sin embargo, también existen figuras que reciben el diagnóstico de *herpes* con idéntico significado que hoy en día, como la dermatitis

herpetiforme (fr-9, fr-63) o el herpes zóster (hc-270, fr-274), aunque se trata de pacientes que no fueron atendidos por Olavide<sup>a</sup>.

Algunas figuras catalogadas como *herpéticas* parecen representar cuadros de eccemas de contacto (hc-107) y dermatitis atópica (hc-106). Éste último es el caso de la titulada “*Eczema herpético psoriasiforme*”, que muestra el antebrazo y mano de un varón de 55 años (Figura 60). El enfermo sufría brotes estacionales de una dermatitis exudativa, que evolucionaba hacia la descamación y liquenificación en el “*periodo de declinación*”. Además, el paciente presenta síntomas respiratorios y conjuntivales, que podrían corresponder a una polinosis acompañante (hc-106):



**Figura 60**  
“*Eczema herpético psoriasiforme*” (hc-106).

<sup>a</sup> De hecho, Olavide denominó “*Ectima neurítico*”, y no “herpes zóster”, a una figura que representa un herpes zóster torácico en una mujer. Más aún, esta paciente sufría unas neuralgias acompañantes que eran rebeldes a los tratamientos, por lo que Olavide se decide a administrar derivados arsenicales “*en la hipótesis de que las neuralgias fueran de índole herpética*”. Con “*índole herpética*” no se refiere Olavide al cuadro de herpes zóster que padecía, sino a la tendencia constitucional de la enferma a sufrir dolores varios. Cabe añadir que el arsénico tampoco resultó eficaz contra estas neuralgias (hc-116).

*“El estado general del enfermo es poco satisfactorio, pues la lesión cutánea ha tomado asiento en las mucosas, especialmente en la laringo-tráqueo-bronquial y en la palpebral, produciendo ésta, sobre todo, serias perturbaciones en la visión.”*

Otros cuadros que recuerdan al eccema reciben el sobrenombre de *herpéticos*. Éste es el caso de un paciente afecto de una forma de sífilis con grandes manchas descamativas y pruriginosas, y que Olavide denominó *“Herpeto sifilide generalizada”*. Para su tratamiento, se combinó el mercurio, por su eficacia como antisifilítico, y el arsénico para combatir el eccema<sup>a</sup> (hc-63). En su *Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatosis*, Olavide muestra una lámina con el mismo título, y cuya historia clínica corresponde a un varón con una sífilis sistémica que igualmente se acompaña de elementos eccematosos<sup>130</sup>.

También se denominan como *herpéticas* las erupciones liquenoides con *“picor insoportable”* (hc-100<sup>b</sup>, hc-103), cuadros con *“papulitas de prúrigo”* (hc-105)<sup>c</sup>, impétigos pruriginosos (hc-102) e incluso una figura que parece representar un eritema exudativo multiforme (hc-101). Este último caso corresponde al modelado titulado *“Herpes flictenoides agudo o pseudo-exantemático”* (Figura 61). Su historial relata el cuadro de un varón de 24 años con vesículas y ampollas, rodeadas de una areola eritematosa, en la cara dorsal de ambos antebrazos y manos. Las lesiones aparecieron tres días después de un cuadro febril y comenzaron a remitir dos semanas más tarde (hc-101). Olavide recoge una lámina en su *“Atlas”* que muestra las vesículas y ampollas en el antebrazo y mano de una joven que padeció un cuadro catalogado de forma idéntica, y cuyas lesiones e historia clínica también parecen corresponder a un eritema exudativo multiforme<sup>131</sup>.

<sup>a</sup> Los preparados arsenicales constituyen la base terapéutica de los cuadros catalogados como *herpéticos* que se observan en el Museo.

<sup>b</sup> El diagnóstico que encabeza esta historia clínica es *“liquen crónico reumático en la pierna de un hombre”*, pero debe existir un error, ya que en la etiqueta de la figura se refieren a esta patología como *“herpética”*, y no *“reumática”*. El historial se encuentra, además, agrupado con una serie de pacientes con cuadros *“herpéticos”* (hc-100).

<sup>c</sup> En este historial, titulado *“Prúrigo herpético”*, se puede leer una precisa descripción de las lesiones de prúrigo: *“Las pápulas son sumamente pequeñas, diseminadas, poco elevadas sobre el nivel de la piel, de forma cónica y casi del color de la piel, duras, y cubiertas en su vértice de una pequeñísima costra rojiza. La piel que separa las pápulas está ligeramente rubicunda. Las pápulas causan mucho prurito, insoportable sobre todo durante la noche, y al rascarse la enferma, las pápulas se hacen más prominentes y duras, dan sangre en sus vértices, que al concretarse por la costra, la piel se pone muy rubicunda”* (hc-105).





**Figura 61**

“*Herpes flictenoides agudo o pseudo-exantemático*” (hc-101).

El hecho de agrupar patologías tan variadas bajo la denominación común de *herpetismo* no significa que Olavide dejara de reconocer las diferencias y peculiaridades entre cuadros como el eccema, la psoriasis, el liquen plano, el impétigo o las enfermedades ampollasas. Bazin, principal impulsor de esta visión médica, ya diferenciaba perfectamente entre unos cuadros y otros<sup>132</sup>, aunque tendiera a simplificar su patogenia al agrupar todas las lesiones cutáneas en una predisposición o *diátesis artrítica, herpética, escrofulosa, parasitaria* o *sifilítica*. Más bien, son las características de un determinado cuadro, como podría ser un eccema, lo que lleva a su catalogación como *eczema artrítico*<sup>133</sup> o *eczema herpético*<sup>134</sup>.

En la historia clínica de un paciente diagnosticado de “*Psoriasis herpética*” (Figura 62) se puede observar el razonamiento que lleva a Olavide a clasificar el cuadro como *herpético*, y sus diferencias con otras diátesis, como las *escrofulides*, que producirían “*cicatrices, úlceras e infartos ganglionares*”, o las formas sifilíticas, de “*color rojo*

*cobrizo*”. Se trata de un paciente ingresado por un brote de psoriasis que se acompañaba de un prurito intenso, además de sintomatología en otros órganos (hc-186):

*“Las intermitencias de estas erupciones, su coincidencia con el catarro intestinal manifestado por la diarrea y con el de los bronquios, denunciado por la tos; el carácter de generalización de cada nuevo brote; la evidente simetría con que siempre se ha presentado; su producción uniforme, siempre bajo la forma de escamas; la carencia de cicatrices, úlceras e infartos ganglionares; la falta de color cobrizo o rojo vinoso; y la superficialidad de las lesiones cutáneas, todo nos indica se trata de un psoriasis herpético bastante generalizado.”*



**Figura 62**  
“Psoriasis herpético” (hc-186).

En su historia clínica también se resalta la diversidad de lesiones psoriásicas que presentaba este enfermo, con formas *puntata*, *gutata*, *circinata*, *nummular* y *girata*, una muestra más de la función docente que perseguía este Museo<sup>a</sup>. El paciente mejoró

<sup>a</sup> Se puede leer: “Perfectamente pueden estudiarse en este enfermo las formas *puntata*, que son pequeñas manchas parecidas a puntos; la *gutata*, muy análoga su figura a una gota de cera; otras escamas se agrupan y forman especie de anillos, cuyo centro está limpio, que es lo que constituye la forma *circinata*; otras placas son redondas, parecidas a monedas, forma *nummular*; y últimamente, en el dorso se podían apreciar algunas agrupaciones que constituían la llamada forma *girata* o en S; esta múltiple variedad de agrupaciones de las escamas hace interesante este modelado para el estudio de todas las variedades del psoriasis” (hc-186).

completamente tras el tratamiento con diferentes baños generales, comprimidos de ácido fénico y pomadas de resorcina y brea, pero sus médicos son conscientes del carácter recidivante del *psoriasis herpético* (hc-186):

*“Muy limpio del padecimiento cutáneo se le dio el alta el 30 de Julio de 1886; pero tenemos la seguridad de que la dermatosis volverá a presentarse, obligando al enfermo a recurrir de nuevo al auxilio de la ciencia.”*

*Herpétide maligna exfoliatriz de Bazin*: Uno de los cuadros que Olavide catalogó como *herpéticos* en este Museo es la denominada *herpétide maligna exfoliatriz*. Con este término, Bazin hacía referencia a cualquier estado eritrodérmico, tanto si su causa no es identificable, como si la eritrodermia se desarrolla a partir de “*eczemas, psoriasis, pitiriasis [rubra pilar] o pénfigo*”. El apellido de “maligna” lo justificaba la posibilidad de que la eritrodermia, dejada a su evolución natural, pueda acompañarse de síntomas sistémicos, como fiebre, procesos infecciosos, anasarca, diarreas u otras afecciones viscerales potencialmente mortales<sup>135</sup>.



**Figura 63**  
*“Herpétide maligna exfoliatriz en una mujer” (fr-23).*

Hasta la fecha se han encontrado dos figuras con este diagnóstico, representando una eritrodermia en sendos enfermos (hc-114, fr-23). La titulada “*Herpétide maligna exfoliatriz en una mujer*” muestra un modelado de cuerpo entero, tumbado sobre un



colchón, en vez de adosado a un marco de madera (Figura 63). Por sus dimensiones, la rareza de su cuadro dermatológico y la sensación de desamparo que emana del modelado de esta mujer, constituye la figura más espectacular de las recuperadas hasta la fecha.

La figura no se acompaña de historia clínica<sup>a</sup>, por lo que se hace difícil afirmar con seguridad la patología representada. La paciente sufre una caquexia y su piel se encuentra liquenificada, por lo que parece corresponder a un estadio crónico, avanzado, de una eritrodermia. En otro trabajo se han apuntado algunas posibilidades diagnósticas, como una pitiriasis rubra pilar o un síndrome paraneoplásico<sup>136</sup>, aunque afirmar la etiología de la eritrodermia sin conocer más datos parece difícil.

La figura denominada “*Psoriasis herpética maligna exfoliatriz generalizada*” muestra un varón de 36 años ingresado en 1879 por una eritrodermia psoriásica (Figura 64). Se trata de un jornalero cuya psoriasis había debutado once años atrás, en codos y rodillas, para generalizarse seis meses después. Curiosamente, la psoriasis mejoraba durante el invierno y empeoraba en verano, quizás en relación con los periodos de mayor actividad laboral. En la exploración se describe la eritrodermia psoriásica, haciendo hincapié en la descamación fina que presenta, ofreciendo “*el mismo aspecto que en el período pasajero de descamación de las dermatitis agudas*”. La eritrodermia causaba un ectropión, pero el paciente no sufría apenas picor, fiebre ni otra sintomatología, aparte del lagrimeo y la tirantez de la piel (hc-114).

El tratamiento que se siguió se describe de forma minuciosa, a pesar de que la historia clínica está incompleta y se interrumpe en la parte inferior de la página. El enfermo llevaba por aquel entonces un año y medio ingresado en el Hospital, habiéndose ensayado diferentes preparados arsenicales, inyecciones de pilocarpina, baños generales, unturas con brea, glicerina, óxido de zinc... todo ello sin resultado (hc-114). Una lámina del mismo nombre (“*Psoriasis herpético agudo y generalizado. Herpétide maligna exfoliatriz primitiva*”) se muestra en el *Atlas* de Olavide. En este caso de

---

<sup>a</sup> Resulta sorprendente que esta figura no posea historia clínica, ya que Olavide acompañaba las figuras de todos sus pacientes de un minucioso historial, por lo que no se entendería que dejara de hacer esto mismo ante un modelado tan impresionante como el de esta mujer. Quizás su historial se encuentre en alguna de las cajas del antiguo Museo que faltan por abrir.

eritrodermia psoriásica, el tratamiento, basado en el arseniato sódico, sí dio resultados satisfactorios<sup>137</sup>.



**Figura 64**

*“Psoriasis herpética maligna exfoliatriz generalizada”* (hc-114).

En conclusión, debemos entender el término *herpetismo* como la denominación que Olavide otorgaba a cuadros con tendencia al prurito, vesiculación y descamación, de presentación simétrica y carácter recidivante. Bajo este nombre se agrupan patologías eritemato-descamativas, como eccemas, psoriasis y liquen plano, pero también algunos impétigos y enfermedades ampollosas. La *herpétide maligna exfoliatriz* no es más que el estado eritrodérmico que puede alcanzar alguna de estas enfermedades.

El concepto de *herpetismo*, al igual que todo el sistema constitucional defendido por Olavide y Bazin, fue duramente criticado por Azúa y desechado por el mundo dermatológico a finales del siglo XIX, en favor de la visión localista de las enfermedades cutáneas<sup>123, 138</sup>. Sin embargo, esta visión constitucional aportó a la Dermatología unos estrechos lazos con el resto de las especialidades médicas, al entender cada cuadro cutáneo como el síntoma de una enfermedad sistémica. Se trataba

de un enfoque fisiopatológico integrador que, a la vista de los conocimientos actuales, resulta acertado en algunos casos.

## *Fungus*

Por *fungus* se entendía antiguamente la masa carnosa o “*vegetación exuberante infartada de sangre*”, que normalmente ocurre en el escroto por causas diversas<sup>a</sup>. Se distinguía entre el *fungus maligno* del testículo, asociado al cáncer y a la tuberculosis testicular, en contraposición con el *fungus benigno*, que representa el tejido de granulación exuberante aparecido a raíz de una solución de continuidad. Estas tumoraciones pueden acompañarse de cierto prolapso escrotal o de un hidrocele<sup>139</sup>.

En el Museo se aprecian algunas figuras que reciben el diagnóstico de *fungus*, en referencia a estas tumoraciones carnosas sobre la piel del escroto (hc-146, hc-194, fr-60). Una de ellas es la titulada “*Fungus benigno del testículo izquierdo*”, que parece representar el tejido de granulación exuberante desarrollado sobre una fístula escrotal (Figura 65). Este paciente había padecido una uretritis, la cual se complicó con una orquitis, que terminó por fistulizar en varios puntos del escroto (hc-146):



**Figura 65**  
“*Fungus benigno del testículo izquierdo*” (hc-146).

<sup>a</sup> El nombre de *fungus* lo recibe por el aspecto parecido al de un hongo o seta que presentan estos tumores.

*“Mientras que en el testículo derecho se cicatrizaban dichos trayectos [fistulosos] replegándose y desapareciendo, en el opuesto lado el escroto se esfacelaba al nivel de los pequeños agujeritos y desprendiéndose, por último, bajo la forma de una chapa que alcanzaría el tamaño de una moneda de dos reales, a través de la pérdida de sustancia resultante, empezó a salir una masa carnosa que fue creciendo hasta llegar a un límite del cual empezó a decrecer eliminándose bajo la forma de putrilago blanquecino.”*

El tratamiento consistió en practicar desbridamientos a nivel del pedículo de la masa y curas con cerato (como protector de la herida) y pomada de calomelanos (antiséptico mercurial), con lo que el *fungus benigno* fue disminuyendo, hasta desaparecer completamente en pocas semanas (hc-146).



**Figura 66**  
*“Fungus sífilítico superficial del testículo”* (hc-194).

Podemos observar otra masa fungoide testicular como expresión de una sífilis tardía en la figura titulada *“Fungus sífilítico superficial del testículo”* (Figura 66). Se trata de un paciente de 27 años que se había despreocupado de la sífilis primaria y secundaria padecida dos años atrás. Sin embargo, este dato no pasó desapercibido para el Dr. Castelo (hijo), quien, sospechando un origen sífilítico, lo trató con un preparado oral a

base de mercurio y yoduro potásico. Fue tal el éxito terapéutico que el Dr. Lorente, quien transcribe la historia, señala la siguiente reflexión (hc-194):

*“Hablando con nosotros de esta completa y rápida curación, nos decía el Dr. Castelo (hijo): “¡Vean Vds. por qué se ha dicho por notables especialistas que cuando se le descubre un tumor, feliz el enfermo que ha tenido sífilis!”*

### ***Gangrena húmeda y gangrena seca***

Los términos de *gangrena húmeda* y *seca* se empleaban para distinguir los aspectos clínicos de los diferentes tipos de necrosis que se observan en la piel. Así, por *gangrena húmeda* se hace referencia a la necrosis tisular que está rodeada por un edema blando, con gas o exudación de líquidos “fétidos”<sup>140</sup>, y que suele tener un curso bastante rápido. La *gangrena seca*, por el contrario, da lugar a una necrosis sin secreción, edema ni olor, presenta un curso más crónico y está producida por endarteritis u obstrucciones arteriales<sup>141, 142</sup>.



**Figura 67**  
*“Gangrena húmeda del miembro viril y blenorragia intensa” (hc-17).*

Encontramos un ejemplo de *gangrena húmeda* en la figura titulada “*Gangrena húmeda del miembro viril y blenorragia intensa*”. Su historia relata la necrosis de parte del pene secundaria a una uretritis que padeció un paciente, tres días después de “*haberse entregado a los placeres de la Venus en un estado de embriaguez*” (hc-17). En la figura se observa el gran edema e inflamación del pene, cubierto por una escara necrótica, que deja entrever una úlcera supurando en su parte distal (Figura 67). Castelo achacó la

necrosis a la intensidad de la uretritis, y en su historial se describe la profundidad y rareza de la lesión tras desbridar la escara (hc-17):

*“Una superficie ulcerada en la cual se dibujaban las papilas vasculares del corion mucoso, y la profunda sección del prepucio al nivel del surco, quedaron como consecutivas a la gangrena por exceso de inflamación, caso no muy frecuente en las blenorragias uretrales agudas y de que sólo puede dar cuenta la intensidad de la flegmasía en la mucosa del conducto y propagada hasta los mismos cuerpos cavernosos del pene con esfacelo consiguiente de la piel del miembro.”*

A continuación, la historia clínica recoge los cuidados realizados para favorecer la cicatrización, al mismo tiempo que se trata la uretritis. El enfermo mejoró considerablemente y abandonó el hospital *“en perfecto grado de curación”* (hc-17).

Por el contrario, las *gangrenas secas* de este Museo representan necrosis de evolución más crónica, sin inflamación ni supuración (hc-117, fr-272, fr-376). Un espectacular ejemplo lo encontramos en la figura titulada *“Gangrena seca del pie y pierna del lado derecho”* (Figura 68). La historia clínica describe lo que parece corresponder a una isquemia de dicha extremidad<sup>143</sup>, en un enfermo que había sufrido una *“sifilide ulcerosa”* en el mismo miembro unos años atrás. Se realizó un modelado del pie de este enfermo en un estadio anterior al representado aquí, aunque aún no ha sido recuperado. Sin embargo, sí poseemos el pie necrótico y momificado del paciente, que se enmarcó en un tablón de madera (al igual que se hacía con las figuras de cera) cuando se desarticuló durante una de las curas que se llevaban a cabo para tratar la necrosis (hc-117):

*“[...] la cara anterior de la tibia en su porción inferior se hallaba al descubierto y necrosada; finalmente, tal era el estado de la referida articulación, que al ir una tarde a curarlo se desprendió el pie, quedando en las manos del Ayudante.”*





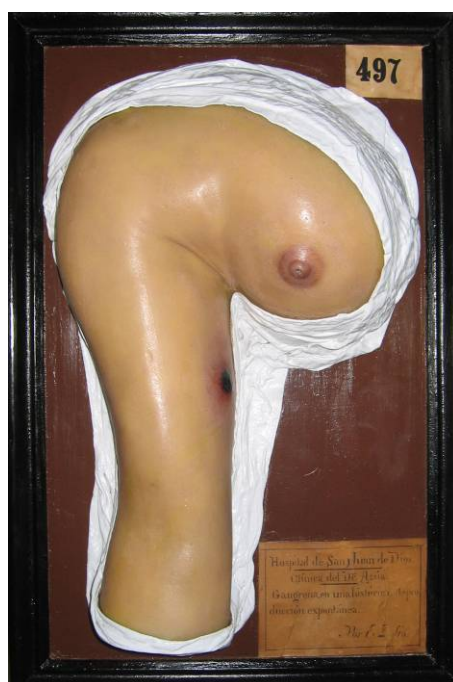
**Figura 68**  
*“Gangrena seca del pie y pierna del lado derecho” (hc-117).*

El caso se hizo más dramático aún, porque tampoco se logró que la herida cicatrizara, quedando expuesto el tercio inferior de la tibia. Por ello, *“consultado con el enfermo y obtenido su consentimiento”*, se decide amputar la extremidad a nivel del fémur. Las desdichas de este paciente continuaron tras la amputación, al sobrevenir una infección del muñón quirúrgico (hc-117):

*“[...] pasadas que fueron 48 horas, la temperatura se elevó de un modo considerable, la fiebre era muy alta y el muñón aumentó de volumen, síntomas que nos anunciaron la existencia de una complicación de las más terribles para los operados.”*

Los drenajes y curas sobre el muñón no consiguieron resolver la infección, por lo que se realizó una segunda amputación cuatro meses después, la cual, esta vez, sí cicatrizó con éxito (hc-117). Finalmente, el enfermo sobrevivió y su pie forma parte del Museo (Figura 68).

Otro ejemplo de *gangrena seca* se puede apreciar en la figura titulada por Azúa “*Gangrena en una histérica de producción espontánea*” (Figura 69). Aunque carece de historia clínica, Azúa publicó este caso en 1909 en la revista *Actas Dermosifiliográficas*, bajo la denominación de “*gangrena histérica, seca, en placa*”<sup>144</sup>. La figura corresponde a la primera paciente presentada en dicho trabajo: una mujer de 31 años que sufría la aparición de manchas cianóticas, coincidiendo con la menstruación, y que evolucionaban a pequeñas úlceras. En el mismo artículo se presentan otras tres pacientes “histéricas” con diferentes lesiones de dermatitis artefacta<sup>a</sup>, a modo de comparación con el caso reflejado en la figura, y en el que Azúa descarta que se trate de un cuadro de patomimia. Las lesiones se asemejan, según Azúa, a las aparecidas en la enfermedad de Raynaud<sup>144</sup>.



**Figura 69**

“*Gangrena en una histérica de producción espontánea*” (fr-376).

Azúa retoma este caso en otro artículo publicado tres años más tarde, donde con ocasión de presentar un cuadro de dermatitis artefacta, discute las diferencias con las formas que considera de producción espontánea (*gangrena histérica, seca, de producción espontánea*), asimilándolas a la por entonces recién descrita *dermatitis simétrica dismenorreica* de Matzenauer y Polland<sup>145</sup>. Azúa ya había diferenciado este cuadro años

<sup>a</sup> De hecho, en el trabajo se señala que en dos de esas tres pacientes también se recogió un modelado de cera para el Museo. Ambas figuras, denominadas “*Dermatosis producida por quemaduras voluntarias en una histérica*”, ya han sido recuperadas (fr-322, fr-402).

antes de su descripción internacional, como se puede apreciar en la figura realizada para el Museo (Figura 69), que corresponde a una paciente atendida por él en 1895<sup>144</sup>.

Sin embargo, Covisa y Bejarano, aún reconociendo el importante trabajo de Azúa acerca de las dermatosis artefactas, no aceptan la existencia de una verdadera *gangrena histérica de producción espontánea*. Afirman estos discípulos de Azúa que un estudio detenido de estos casos revela, sin excepción, una dermatosis simulada<sup>146</sup>.

Sea como fuere, ésta y otras figuras del Museo muestran el gran interés de Azúa por la psicodermatología, una faceta de su trabajo profesional bastante desconocida<sup>a</sup>.

---

<sup>a</sup> Además del reflejo de cuadros de dermatitis artefacta (fr-322, fr-402), también corresponden a Azúa diferentes observaciones acerca de la relación entre un determinado trasfondo psicológico y el proceso dermatológico. Así, le llama la atención una contractura “histérica” en el mismo miembro en el que apareció un herpes zóster (hc-270), la relación entre el liquen plano y la psique neurótica (hc-243), o “*una perturbación moral*” como condición predisponente a un brote de eritema exudativo multiforme (hc-a). En alguna historia clínica se muestra, además, el interés y conocimiento que mostraba Azúa por los trastornos conversivos (hc-270).

***Pseudoepitelioma o dermatitis papilomatosa vegetante de Azúa***

Varias figuras existentes en el Museo fueron etiquetadas como “*pseudoepitelioma*” (fr-97, fr-182, fr-286) o “*dermitis papilomatosa vegetante*” (fr-121, fr-209, fr-258, fr-259). Todas ellas corresponden a pacientes atendidos por Azúa, salvo uno, que estuvo a cargo del Dr. Mañueco (fr-258). Los términos de *pseudoepitelioma* y *dermitis papilomatosa vegetante* se deben entender aquí como sinónimos, tal como explica Emilio del Río en su estudio acerca de la descripción de estos cuadros, a los que Azúa denominó de forma distinta con el transcurso del tiempo: primero como *pseudoepiteliomas*, y posteriormente *dermitis papilomatosa vegetantes* o *piodermis vegetantes*<sup>147</sup>.

Covisa y Bejarano, continuadores de la obra de Azúa, plasmaron un buen resumen de la clínica de esta patología en su tratado *Elementos de Dermatología*<sup>a</sup>. Estos autores agrupan la *dermitis papilomatosa vegetante* dentro de las *piodermis crónicas*, como una forma vegetante (verrucosa y papilomatosa) de las mismas. Estas *piodermis vegetantes* fueron descritas simultáneamente por Azúa en España y Bosellini en Italia. Se caracterizan por ser lesiones desarrolladas principalmente en zonas descubiertas, como manos y cara, que son circunscritas, ulceradas pero de superficie papilomatosa, y que al comprimirlas supuran “*en espumadera*”. El hallazgo de “*piococos*” es frecuente, aunque se tienen sospechas de que su presencia “*puede traducir tan sólo una infección secundaria de una dermatosis de etiología distinta*”<sup>148</sup>.

Realmente, la *dermatitis papilomatosa vegetante* parece corresponder a la forma verrucosa de lo que hoy denominamos botriomicosis, patología también conocida como pseudomicetoma bacteriano, actinofitosis estafilocócica o bacteriosis granular. La botriomicosis se caracteriza por lesiones granulomatosas originadas por bacterias como *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* u otras, que son capaces de producir una respuesta inflamatoria atípica en un huésped con cierta inmunodepresión, o ante determinados factores predisponentes, como los traumatismos<sup>149</sup>. De hecho, la botriomicosis sigue siendo hoy en día una patología no del todo comprendida, y continúan observándose formas denominadas “*pseudotumorales*”<sup>150</sup> y otros cuadros

---

<sup>a</sup> De hecho, Covisa y Bejarano dedican este tratado a su maestro Azúa, reconociendo que parte de sus ideas se plasman en este libro, y lamentando que Azúa nunca llegara a publicar una obra que recopilara su pensamiento dermatológico.

similares a los estudiados por Azúa cien años atrás, que plantean idénticas dudas etiopatogénicas<sup>151, 152</sup>. De todos modos, algunos casos diagnosticados por Azúa como *pseudoepiteliomas* o *dermitis papilomatosa vegetante* hace un siglo podrían corresponder a entidades distintas a la botriomicosis, y que tampoco habían sido descritas en aquellas fechas, como el carcinoma verrucoso, el pioderma gangrenoso superficial<sup>147</sup> o formas verrucosas de la infección por el virus del herpes simple.

Una figura titulada “*Pseudo-epitelioma vegetante cutáneo*” muestra la masa vegetativa de esta posible piodermatitis en el dorso de la nariz, mientras que en la mano derecha las lesiones conforman placas más aplanadas (Figura 70). Azúa publicó el caso, recogiendo un fotograbado de antes y después de la curación<sup>153</sup>. La denominación de *pseudoepitelioma* otorgada por Azúa se entiende al considerar que las lesiones y la histología recuerdan al “epitelioma” (carcinoma verrucoso), pero sin embargo se trata de una patología autorresolutiva<sup>147</sup>.



**Figura 70**  
“*Pseudo-epitelioma vegetante cutáneo*” (fr-286).

Otra figura que recibe el nombre de “*Pseudo-epitelioma cutáneo*” muestra una placa en el muslo de superficie mamelonada, con bordes elevados y perpendiculares (Figura 71).



Parece corresponder a uno de los casos presentados por Azúa en su descripción de los *pseudoepiteliomas*. Concretamente, al de un varón de 22 años que sufría, desde hacía dos años, esta placa excrecente en el muslo, la cual tendía a recidivar tras las cauterizaciones y extirpaciones. El enfermo acabó falleciendo en 1902 debido a una sepsis<sup>154</sup>. En este caso se hace más difícil asegurar que se trate de una piodermitis. La imagen podría reflejar un pioderma gangrenoso (entidad que fue descrita posteriormente por Brocq, en 1908, bajo el nombre de *fagedenismo geométrico*<sup>155</sup>) o bien un carcinoma espinocelular. El catálogo del Museo editado en 1903 parece indicar que se trata de la lesión previa a otra figura que recoge una cicatriz en la pierna (Figura 72)<sup>156</sup>, aunque resulta dudoso que ambos modelados correspondan al mismo enfermo<sup>a</sup>.



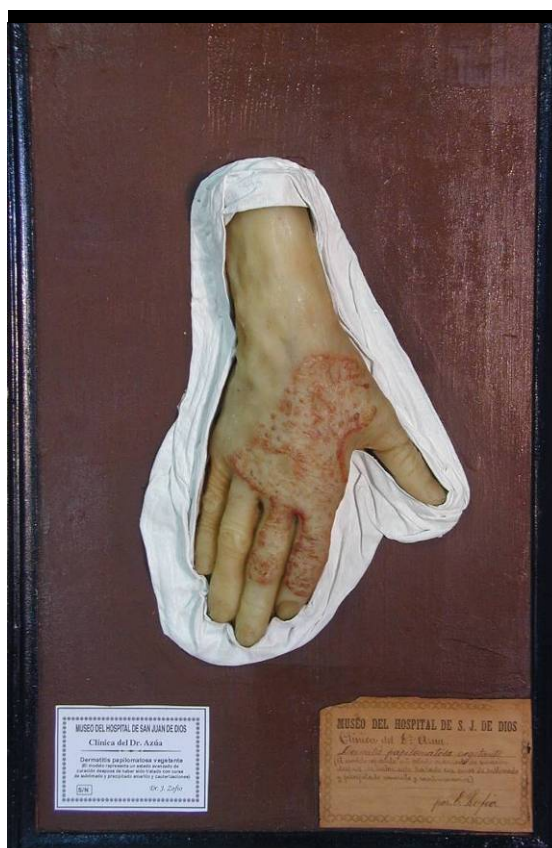
**Figura 71**  
“Pseudo-epitelioma cutáneo” (fr-97).



**Figura 72**  
“Pseudo-epitelioma – Estado terminal de una lesión que durante muchos años fue papilomatosa y vegetante, en la pierna del enfermo modelado con el n.º 368” (fr-182).

<sup>a</sup> En el catálogo de 1903 se aprecia cómo sólo tres figuras del Museo recibieron el diagnóstico de *pseudoepitelioma*. En la etiqueta del modelado que representa una cicatriz en la pierna se puede leer: “Pseudo-epitelioma.- Estado terminal de una lesión, que durante muchos años fue papilomatosa y vegetante, en la pierna del enfermo modelado con el n.º 368” (fr-182). Sin embargo, la región anatómica representada es la pierna (y no el muslo) y en el paciente antes indicado (fr-97) la placa volvía a recidivar tras los intentos terapéuticos. La numeración existente en las figuras no ayuda a discernir si se trata del mismo enfermo, ya que los números presentes en las etiquetas variaron con el tiempo, tal como se observa al comparar la numeración otorgada en el catálogo editado en 1903 y la que presentan las mismas figuras cuando el Museo es clausurado, en 1966.

Años después, Azúa substituyó el término de *pseudoepitelioma* por el de *dermitis papilomatosa vegetante*, aunque siguiera refiriéndose a la misma patología. Así se refleja en el Museo, donde a partir de la figura titulada “*Dermitis papilomatosa vegetante*” (Figura 73) se puede estudiar esta evolución en el pensamiento de Azúa.



**Figura 73**  
 “*Dermitis papilomatosa vegetante* (El modelo representa un estado avanzado de curación después de haber sido tratado con curas de sublimado y precipitado amarillo y cauterizaciones)” (fr-121).

En la figura se observa una placa eritematosa y costrosa conformada a partir de pápulas foliculares, que son más marcadas en la periferia de la lesión. Su aspecto recuerda a la *tinea manuum*, aunque en su etiqueta se aclara que el modelo de cera fue tomado en un estado avanzado de curación (Figura 73). La historia de este paciente y una fotografía de la lesión de la mano en un estado anterior, más exudativo, se recoge en el trabajo que publicó Azúa en 1910, a propósito de este caso, en la revista *Actas Dermosifiliográficas*<sup>157</sup>. Gracias a ello, sabemos que se trata de un varón de 52 años que mientras trabajaba limpiando alcantarillas sufrió una herida en la mano. Dicha herida se infectó y fue extendiéndose periféricamente durante tres meses, haciéndose

papilomatosa y costrosa, y presentando numerosos orificios por donde supuraba al comprimirla. El tratamiento antiséptico consiguió su curación en tres semanas.

Azúa realizó una biopsia de esta lesión, describiéndonos en el mismo artículo su histología y aportando una fotografía de la misma<sup>157</sup>:

*“En resumen: infiltración inflamatoria, compuesta muy preferentemente de polinucleares y por tanto del tipo de las que suelen producir las infecciones piógenas, acantosis con formaciones córneas quísticas en el centro de las masas malpighianas, parakeratosis e hiperkeratosis, según los sitios.”*

Azúa no describe los característicos gránulos basófilos que se observan en las botriomicosis, lo que podría deberse a las tinciones empleadas y al mayor interés que mostró en los hallazgos epidérmicos e infundibulares. Sí relata los intentos por demostrar, mediante exámenes microbiológicos, la existencia de *“Sporotrichum, Blastomicetos, Tricofiton, etc. etc. [pero] no se encontró ninguno. [...] Constantemente se obtuvo cultivo puro de estafilococo blanco”*<sup>157</sup>.

En la misma publicación, Azúa aprovecha para realizar una revisión histórica de esta patología y los diversos nombres que había recibido. Compara el caso con los descritos pocos años antes por Antony y Bosellini, y con los que el mismo Azúa, junto con Claudio Sala, había presentado anteriormente como *“pseudoepiteliomas”*, llegando a la conclusión de que se trata del mismo cuadro, tanto por la clínica, como la histología, la microbiología y la respuesta terapéutica. Termina Azúa este artículo afirmando<sup>157</sup>:

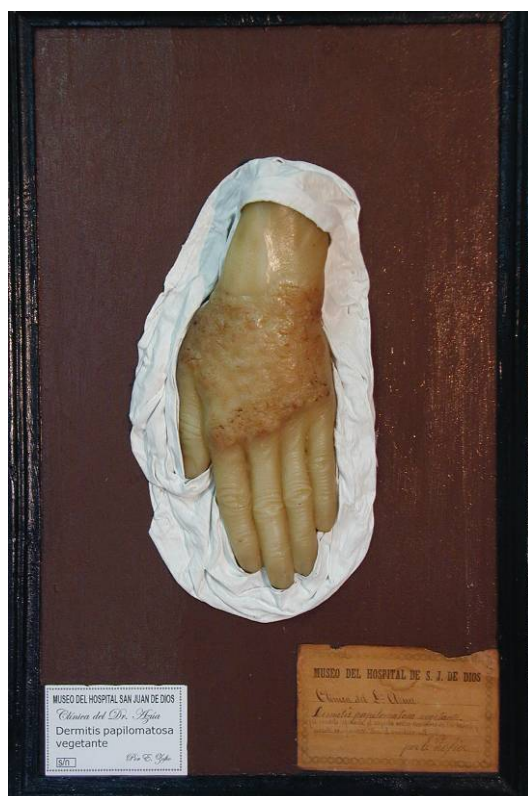
*“Si, como parece muy probable, esta enfermedad es la misma que la descrita por Sala y por mí con el nombre de Pseudo-epiteliomas, la denominación que propongo ahora [Piodermatitis crónica vegetante, papilomatosa, en placas, con reacción epitelial quística córnea] me parece más exacta, y debiera quedar en reemplazo de la de Pseudo-epiteliomas cutáneos.”*

En resumen, y como el mismo Azúa aclara, las piodermitis vegetantes (o pseudoepiteliomas) se asemejan a las blastomicosis, pero no se logra demostrar este



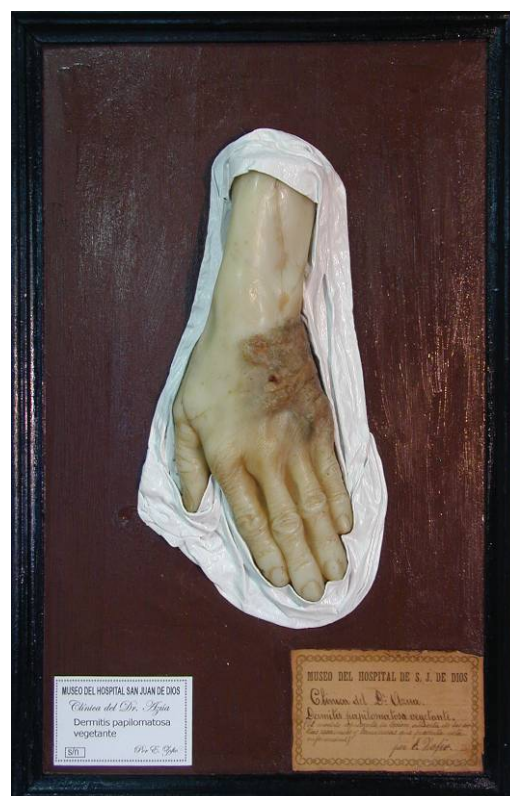
microorganismo. Por el contrario, sí es muy frecuente la siembra de *Staphylococcus aureus*, aunque Azúa no se atreve a afirmar que se trate del agente patógeno<sup>157</sup>.

Otras tres figuras presentes en el Museo reciben el nombre de *dermitis papilomatosa vegetante*. Dos de ellas muestran una placa en el dorso de la mano (Figura 74 y Figura 75), mientras que en otra, con un componente papilomatoso más marcado, la placa se presenta en el muslo (Figura 76).



**Figura 74**

“*Dermitis papilomatosa vegetante* (El modelo representa el aspecto costro-escamoso de la lesión [...])” (fr-209).



**Figura 75**

“*Dermitis papilomatosa vegetante* (El modelo representa la lesión cubierta de las costras escavadas y laminadas que presenta esta enfermedad)” (fr-259).

Azúa siempre sospechó que estos cuadros de *dermitis papilomatosa vegetante* eran de origen bacteriano, sobre todo por la rápida resolución mediante el empleo de antisépticos. Estableció el diagnóstico diferencial con algunas formas de sífilis, tuberculosis, blastomycosis, esporotricosis o el querion, pero durante la presentación de un nuevo caso en una de las reuniones de la *Sociedad Española de Dermatología* llega a afirmar lo siguiente<sup>158</sup>:

*“Quizá lo más común sea lo más probable, y una foliculitis conglomerada en placas de origen estafilocócico vulgar sea el verdadero diagnóstico.”*

Es esto lo que realmente podrían representar la mayoría de estos cuadros, que corresponde a lo que hoy denominamos botriomicosis, en su forma verrucosa. La clínica, la histopatología, la microbiología y la respuesta terapéutica apoyan este diagnóstico.



**Figura 76**

*“Dermatitis papilomatosa en placa única, región iliaca externa” (fr-258).*

Pero más allá de la etiología precisa, Emilio del Río señala que el hecho más destacado de la descripción que hicieron Azúa y Sala de estas lesiones fue el desarrollo del concepto de “pseudomalignidad”, o lo que hoy en día denominamos hiperplasia pseudoepiteliomatosa<sup>147</sup>. En el *Atlas* de Olavide, editado en 1879, ya se recoge la idea de pseudoepitelioma o “*pseudo cancroide*” como aquello que semeja un carcinoma cutáneo, pero que sigue una evolución benigna<sup>159</sup>. Sin embargo, Azúa va mucho más allá en este concepto y describe con gran exactitud la histopatología de la hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Los trabajos de Azúa y sus discípulos, que buscaron un agente

etiológico al *pseudoepitelioma* o *dermitis papilomatosa vegetante*, hicieron caer en el olvido estos datos, que precisamente constituyen la parte más original del trabajo de Azúa y Sala<sup>147</sup>.

### *Queratodermias blenorragicas*

El término *keratoderma blennorrhagicum* fue introducido en Medicina a finales del siglo XIX para referirse a la complicación de una uretritis gonocócica que hoy denominamos síndrome de Reiter<sup>160</sup>. Durante la primera guerra mundial, Fiessinger, Leroy y Reiter describieron cuadros similares acontecidos tras epidemias de disentería, pero no fue hasta la década de 1950 cuando el número de casos descritos fue suficiente como para clarificar este síndrome de artritis reactiva, uretritis, lesiones muco-cutáneas y conjuntivitis tras infecciones intestinales o venéreas<sup>161</sup>. Por ello, hasta mediados del siglo XX, hubo bastante confusión acerca de estos cuadros, aunque existían descripciones precisas, como se puede apreciar a través de las figuras del Museo.



**Figura 77**  
“Keratosi blenorragica” (fr-289).

Hasta la fecha, dos de las figuras encontradas corresponden a diferentes formas del síndrome de Reiter. Aunque no presentan historial, se trata de casos publicados o presentados en reuniones científicas. Una de estas figuras, denominada “*Keratosi blenorragica*” (Figura 77), corresponde a un paciente que Covisa presentó en 1920 durante una reunión de la *Sociedad de Dermatología*<sup>162</sup>, relatando que se trataba de un

varón que había sufrido una “*blenorragia*” (uretritis) ocho años atrás, y a los pocos meses “*un reumatismo poliarticular agudo, acompañado de un brote queratósico con lesiones de vértice córneo rodeadas de un limbo o círculo rojizo*”. En el momento de exponer el caso, el paciente volvía a sufrir un brote similar. Azúa agradeció a Covisa la presentación de este paciente, señalando<sup>162</sup>:

*“Es tan rara la queratosis blenorragica, que han pasado por nuestras manos miles y miles de blenorragicos, y éste es el primero que vemos.”*



**Figura 78**  
“*Queratodermia gonocócica*” (fr-288).

La figura titulada “*Queratodermia gonocócica*” (Figura 78), representa al paciente descrito por Sáinz de Aja en una publicación de 1924, que acompaña además con fotografías del caso<sup>163</sup>. Se trata de un varón que, entre dos y cuatro meses después de sufrir una uretritis gonocócica, padece la “reaparición” de la uretritis, con balanopostitis y un cuadro sistémico caracterizado por fiebre, artritis y periostitis múltiples. Las lesiones cutáneas consisten en vesículas y costras, principalmente en los dedos del pie, pubis, escroto, tercio superior de los muslos, ombligo, axila y zona fronto-parietal del

cuero cabelludo. Describe estas lesiones como rodeadas por un halo eritematoso y jalonadas por “*un anillo de despegamiento epidérmico a modo de collarcito de Bielt, que se observa tan a menudo en las sífilides secundarias, pero mucho más desarrollado*”. En la parte córnea central, presentan una “*costra de aspecto rupiáceo, de un color oscuro, algo untuosa al tacto, francamente cónica en los elementos pequeños [...]*”<sup>163</sup>.

A Sáinz de Aja le llama especialmente la atención un signo que había pasado desapercibido para otros autores, y son las diferencias que presentan las lesiones que asientan en zonas ocluidas, es decir, “*el aspecto húmedo de estas queratodermias blenorragicas en las regiones favorables a la maceración por roce, suciedad y secreciones*”. También señala que la medicación antigonocócica no dio ningún resultado, como tampoco lo hizo la antisifilítica<sup>a</sup>. Sin embargo, Sáinz de Aja califica de sorprendentes los resultados obtenidos con el salicilato de sosa, que permitió una rápida remisión de toda la sintomatología en, al menos, uno de los brotes<sup>163</sup>.

Sáinz de Aja relata los casos descritos hasta la fecha y cómo los diferentes autores piensan en la implicación del gonococo, aunque la bacteria no se puede demostrar en las lesiones cutáneas, ni el cuadro responde al tratamiento de la uretritis. De hecho, concluye este trabajo con una acertada reflexión<sup>163</sup>:

*“Pensamos nosotros que la queratodermia gonocócica es un proceso de evolución cíclica que dura más o menos, según la intensidad del mismo; que no es en sí un proceso específico gonocócico, aunque mediatamente o lejanamente lo es, y que por ello se explica el fracaso de las medicaciones antigonocócicas directas.”*

---

<sup>a</sup> Este último tratamiento se ensayó ante la leve sospecha de sífilis que se planteó por la presencia de pápulas exudativas en las zonas de oclusión.



### *Sarcomas y epitelomas*

A comienzos del siglo XX, el término de **sarcoma** ya se aplicaba para designar las neoplasias malignas del tejido conectivo<sup>164</sup>, aunque en algunos tratados de la época y a nivel práctico también se utilizaba esta denominación en algunas neoplasias epidérmicas (carcinomas). De esta forma, se encuentran en el Museo figuras con el diagnóstico de “*Sarcoma idiopático difuso de ambas ingles y miembro*” (fr-32), que parece corresponder a un carcinoma espinocelular en el pene con metástasis inguinales (Figura 79), o “*sarcomas melánicos*” (fr-290, fr-367, fr-396), en referencia al melanoma maligno (Figura 80).



**Figura 79**  
“*Sarcoma idiopático difuso de ambas ingles y miembro*” (fr-32).



**Figura 80**  
“*Sarcoma melánico bi-inguinal de marcha rápida en ocho meses y a partir de un nevus congénito abdominal*” (fr-367).

Otra figura lleva por título “*Sarcoma mixomatoso en la pierna izquierda*” (Figura 81). Corresponde a una mujer de 48 años, atendida en 1890 por Azúa, que presentaba úlceras en una pierna desde años atrás. Sobre una de estas úlceras se había desarrollado, en sólo tres meses, una tumoración que Antonio Zofio<sup>a</sup> describe de la siguiente forma (hc-226):

<sup>a</sup> La historia clínica de este paciente está recogida por Antonio Zofio, joven médico que por entonces debía estar realizando una estancia en la consulta de Azúa. Antonio Zofio es el hijo de Enrique Zofio, escultor anatómico del Museo en aquella época y autor de esta misma figura (hc-226).

“[...] se aprecia un tumor pediculado, de forma globosa, aplanada; su cara superior es de color rojo oscuro por unos puntos, rojo claro por otros y algunos grisáceos; algo blando al tacto y no doloroso, dando sangre al menor roce.”



**Figura 81**

“Sarcoma mixomatoso en la pierna izquierda” (hc-226).

La masa fue extirpada y su base cauterizada, señalándose además en su historial que el diagnóstico se verificó durante el examen microscópico, aunque no se aportan sus detalles (hc-226). Puesto que se trata de un tumor superficial, este “*sarcoma mixomatoso*” podría corresponder a un carcinoma desarrollado sobre una ulceración crónica, con cambios mixomatosos en sus células, aunque es difícil asegurarlo sin conocer la histopatología. La clínica, sin embargo, recuerda a lo que años más tarde Azúa describiría como *pseudoepiteliomas* o *dermitis papilomatosa vegetante*, aunque esta entidad presenta una histopatología que Azúa diferenciaría claramente.

Algunas figuras representando un **sarcoma de Kaposi** reciben un sinónimo que hoy en día no se suele emplear. Éste es el ejemplo del modelado titulado por Sánchez-Covisa “*Sarcomatosis cutánea roja tipo Perrin*” (Figura 82). En él se observan varios nódulos en extremidades superiores de un color marrónáceo. La *sarcomatosis cutánea roja de*



*Perrin* es una variedad profunda del sarcoma de Kaposi, de asiento hipodérmico, descrita por Léon Perrin a finales del siglo XIX<sup>165</sup>.

En el caso de un paciente de Azúa, el sarcoma de Kaposi en ambos pies y piernas se representa bajo el nombre de “*Sarcomatosis idiopática, múltiple, pigmentaria, de origen hemorrágico*” (Figura 83), sinónimo empleado antiguamente para designar el sarcoma de Kaposi<sup>166, 167</sup>.



**Figura 82**  
“*Sarcomatosis cutánea roja tipo Perrin*” (fr-14).



**Figura 83**  
“*Sarcomatosis idiopática, múltiple, pigmentaria, de origen hemorrágico*” (fr-292).

Bajo el término de **epiteliomas**, hoy en día nos referimos a diferentes carcinomas cutáneos. Este mismo significado posee en la mayoría de las figuras del Museo que portan el diagnóstico de epitelioma (hc-121, hc-124, hc-214, fr-2, fr-4, fr-65, fr-91, fr-92, fr-108, fr-162, fr-264, fr-265, fr-276, fr-311, fr-336, fr-358). Sin embargo, en algunos modelados también se refieren por epiteliomas a tumoraciones benignas, como el denominado “*Epiteliomas quísticos benignos*”, que recoge múltiples quistes miliares en la cara de una mujer (fr-28), o el “*Epitelioma vegetante desarrollado sobre una seborroide epitelial*”, donde se representa una queratosis seborreica en la nariz de una anciana (Figura 84). Obsérvense los diferentes sinónimos que aporta Azúa en la etiqueta de esta figura para referirse a los lentigos y queratosis seborreicas de esta mujer (fr-11):



**Figura 84**

*“Epitelioma vegetante desarrollado en una seborroide  
epitelial [...]” (fr-11).*

*“Epitelioma vegetante desarrollado en una seborroide epitelial – estado seborreico y seborroides múltiples en la región sub-orbitaria; tres elementos de seborroide comienzan a vegetar – Nevus molluscoide péndulo en la región preauricular derecha.”*

### ***Nevos melanocíticos y enfermedad de Recklinghausen***

Varias figuras del Museo muestran lo que parece corresponder a un nevo melanocítico gigante (Figura 85 y Figura 86), mientras que en su etiqueta se diagnostican de “*Enfermedad de Recklinghausen*” (fr-8, fr-24, fr-374). En estas figuras no se aprecian datos que apoyen el diagnóstico de una neurofibromatosis tipo 1 (enfermedad de Von Recklinghausen), como manchas café con leche o efélides axilares. Si bien los nevos melanocíticos pueden acompañar a los neurofibromas en la neurofibromatosis<sup>168</sup>, es dudoso que todas las figuras catalogadas como “enfermedad de Recklinghausen”, y que muestran nevos melanocíticos vestimentarios, correspondan a pacientes afectos de neurofibromatosis tipo 1.



**Figura 85**  
“*Enfermedad de Recklinghausen*” (fr-24).



**Figura 86**  
“*Enfermedad névica generalizada tipo aberrante de la neurofibromatosis de Recklinghausen*” (fr-8).

La asociación entre la enfermedad de Von Recklinghausen y los nevos melanocíticos congénitos es controvertida. Histológicamente, los nevos melanocíticos congénitos pueden mostrar signos de neurotización, por lo que podrían confundirse con una neurofibromatosis, como muchas veces ha ocurrido desde la descripción de esta enfermedad<sup>169</sup>. La apariencia muy similar que presentan los nevos melanocíticos con los neurofibromas plexiformes pigmentados, los cuales sí se asocian a la

neurofibromatosis<sup>170</sup>, podría ser una de las razones de la confusión que se aprecia en estas figuras del Museo.

Sin embargo, en el Museo también existen claras representaciones de la neurofibromatosis. Von Recklinghausen describió en 1881 las principales características de la enfermedad que lleva su nombre<sup>171</sup>, aunque ya se habían comunicado cuadros similares a lo largo del siglo XIX, bajo el nombre de *molluscum pendulum*<sup>172, 173</sup>. Un ejemplo de ello lo podemos observar en la figura denominada “*Moluscum péndulum generalizado*” (Figura 87), que corresponde a una paciente ingresada hacia 1880<sup>a</sup>. Se trata de una mujer de 71 años que presentaba cientos de tumores cutáneos sobre una piel de tono “*marcadamente bronceado*”. Según se relata en su historia clínica, las tumoraciones aparecieron a lo largo de su vida, en forma de brotes cada diez años. Un hermano de la paciente también estaba afecto, aunque en menor grado (hc-113).



**Figura 87**  
“*Moluscum péndulum generalizado*” (hc-113).

<sup>a</sup> En esta historia clínica no se aporta ninguna fecha, pero por la cronología que siguen estos textos, el ingreso debió realizarse entre 1879 y 1881.

La historia del caso no tiene desperdicio. La paciente vivía en el Asilo de San Bernardino, una casa de acogida para mendigos<sup>174</sup>, ya que había sido rechazada socialmente por su condición. Ingresó en el hospital por una “indigestión”<sup>a</sup>, pero a los médicos les llamó mucho más la atención el cuadro dermatológico (hc-113):

*“Este padecimiento, para el cual nunca hizo remedio alguno, no ha ejercido sobre la enferma otra influencia que la puramente moral, que aislándola cada vez más de la sociedad por su aspecto repugnante, ha recorrido todos los grados de la miseria hasta parar en San Bernardino, de donde sólo sale para venir al hospital, cuando alguna de sus frecuentes indigestiones le obligan a ello.”*

Era tan llamativo su aspecto que la enferma se hizo famosa entre los médicos, quienes se refieren a ella de forma cariñosa como “la Teresa” (hc-113):

*“Actualmente parece la Teresa satisfecha de su monstruoso padecimiento, por el que es objeto de curiosidad entre los médicos, que rara vez se les presentará caso más notable de moluscum pëndulum generalizado.”*

El tumor de mayor tamaño que se observa en la figura, asentado en la parte media del antebrazo derecho, producía molestias a la paciente, por lo que fue extirpado y se realizó un estudio microscópico del mismo (hc-113):

*“Remitido el tumor para su análisis microscópico al ilustre histólogo el Dr. Federico Rubio, quien hizo de él un estudio muy concienzudo, resultó hallarse formado por el desarrollo hiperplásico de un folículo sebáceo.”*

Es posible que se confundiera como “el desarrollo hiperplásico de un folículo sebáceo” lo que podría corresponder a un schwannoma o un neurofibroma. Sea como fuere, la enferma mejoró de su cuadro digestivo, aunque en su historial se advierte que ingresó posteriormente en la clínica del Dr. Olavide, donde permaneció tres meses.

---

<sup>a</sup> En su historial se señala que esta enferma padecía “indigestiones” frecuentes, pero no se aportan más detalles (hc-113). Estas “indigestiones” podrían corresponder a episodios de obstrucción intestinal por la afectación digestiva de la neurofibromatosis.





**Figura 88**

*“Enfermedad de Recklinghausen y esclerosis cerebral de Bournville” (fr-3).*

Un caso de notable interés científico se representa en la figura titulada *“Enfermedad de Recklinghausen y esclerosis cerebral de Bournville”* (Figura 88), que pertenece a un paciente atendido por Covisa y Bejarano (fr-3). Como su nombre indica, se trata de un enfermo en el que coexisten una neurofibromatosis tipo 1 y una esclerosis tuberosa. En el modelado, que ya ha sido comentado en otra obra<sup>175</sup>, se aprecian lesiones propias de la esclerosis tuberosa, como son los angiofibromas faciales y fibromas periungueales en los pies, junto con lesiones típicas de la neurofibromatosis tipo 1, como efélides y neurofibromas en el tronco. Tanto la neurofibromatosis tipo 1 como la esclerosis tuberosa son enfermedades autosómicas dominantes, aunque con una alta proporción de mutaciones espontáneas. A día de hoy, los casos de coincidencia de ambas patologías

que han sido publicados son escasísimos<sup>176, 177</sup>, lo que otorga un mayor valor al diagnóstico realizado por Covisa y Bejarano hace un siglo, así como a la recuperación de esta figura.

***Dermatitis de contacto***

Dentro del Museo se encuentran algunas figuras que parecen representar dermatitis de contacto, aunque en el periodo en el que se crearon recibieron un nombre diagnóstico distinto. Un ejemplo de ello lo observamos en un caso que Olavide cataloga como “*Eczema agudo simple en declinación del brazo y mano*” (Figura 89). Se trata de un varón de 52 años, jornalero y sin antecedentes familiares ni individuales (hc-81):

*“Refiere que hace un mes, sin causa conocida, se vio acometido durante la noche de un intenso prurito en la parte afecta, y que al día siguiente observó una erupción de pequeños granos, que cuando se rascaba se rompían, dejando salir cierta humedad. Viendo la persistencia de la erupción a pesar de los remedios que usó, se decidió a entrar en este hospital [...]”*



**Figura 89**  
*“Eczema agudo simple en declinación del brazo y mano” (hc-81).*



Por *eczema agudo simplex*, durante el siglo XIX se entendía un subtipo de dermatitis aguda que comienza por vesículas, sin apenas eritema en un principio, aunque luego éste se va desarrollando. Schedel y Cazenave aportan interesantes datos etiopatogénicos acerca de este tipo de eccema<sup>178</sup>:

*“Esta variedad se manifiesta comúnmente en los jóvenes y más en las mujeres, y suele ser efecto de aplicaciones, lociones o fricciones irritantes. También la determinan con mucha frecuencia los específicos que venden los charlatanes para hacer salir la sarna. [...] En otros casos es resultado de causas poco manifestas.”*

El paciente atendido por Olavide fue tratado mediante polvos de almidón y pomadas a base de brea y aceite de enebro, mientras que por vía oral se administró un compuesto arsenical. Un mes después de su ingreso salió completamente curado<sup>a</sup> (hc-81).

Podemos suponer que este enfermo presentaba un eccema de contacto, dada la unilateralidad del cuadro, su carácter agudo y el hecho de que se tratara de un episodio aislado. No se señala en su historial ninguna sustancia como posible contactante, pero se puede sospechar de alguno de los remedios tópicos que el propio paciente utilizó.

En el Museo también encontramos casos de dermatitis de contacto en el dorso de las manos en mujeres dedicadas a lavar la ropa (Figura 90, Figura 91 y Figura 209), por lo que es de suponer que los jabones y la humedad, junto con la fricción repetida sobre el dorso de las manos, tuvieran un papel principal. Este eccema es catalogado por Olavide como *“herpético”* (hc-107), mientras que Azúa apunta claramente a *“la acción del lavado”* (fr-159, fr-387).

---

<sup>a</sup> Un mes de tratamiento resulta un espacio de tiempo muy corto, si lo comparamos con el que se necesitaba para resolver distintos eccemas antes del empleo de los corticoides. Quizás se redujera el tiempo necesario por el hecho de que el eccema se encontrara en fase de resolución (*“en declinación”*). Llama igualmente la atención que este paciente permaneciera ingresado para tratar este cuadro, algo impensable hoy en día.



**Figura 90**

*“Dermatitis eczematosa pápulo-vexiculosa, placas y elementos aislados. Etiología: la acción del lavado” (fr-387).*

Azúa prestó una especial atención a las “dermitis de lavado”, describiendo sus características etiopatogénicas, clínicas y alternativas terapéuticas antes que ningún otro autor<sup>179</sup>. Sus discípulos, Covisa y Bejarano, resumen las peculiaridades de estos cuadros en su tratado *Elementos de Dermatología*. Se trata de lesiones eccematosas que se presentan en la cara dorsal de las manos y en el tercio inferior de los antebrazos, debido al contacto prolongado con sustancias como el agua, el jabón y la lejía. La clínica eccematosa muestra una intensidad variable de edema, exudación y diseminación, con la presencia o no de fisuras<sup>180</sup>. Por ello, seguramente agrupan en este diagnóstico tanto las formas de contacto irritativas como las alérgicas.

Las figuras existentes en el Museo parecen representar una dermatitis de contacto irritativa, ya que apenas existe edema ni vesiculación, y sí son más prominentes los signos de liquenificación, descamación (Figura 90) o la falta de eritema (Figura 91 y Figura 209).



**Figura 91**

*“Dermatitis por lavado, forma pápulo-vexiculosa”* (fr-159). Obsérvese el detalle de las pápulas brillantes y marrónáceas, sin eritema subyacente, que ocasionalmente presentan las dermatitis friccionales.

Las lesiones se presentan sobre las zonas de prominencias óseas del dorso de las manos y tercio distal de los antebrazos. Sin embargo, se encuentran respetados los espacios interdigitales, que suelen afectarse claramente en los eccemas ocasionados por la acumulación de líquidos y jabones manipulados con las manos. La clínica sugiere, por lo tanto, que el factor irritante principal es la fricción repetida con la ropa mojada con agua y detergentes. Los movimientos que se realizan durante el lavado a mano explican la localización: la mano dominante de la lavandera sujeta la ropa y la frota contra el dorso de la mano no dominante, repitiendo el movimiento cientos de veces.

Eventualmente, cuando la lavandera se fatiga, puede cambiar de mano para realizar estos frotamientos, pasando a realizar una mayor fricción sobre la mano dominante, aunque en un número menor de movimientos. Así se comprende la mayor afectación sobre la mano izquierda, que suele ser la mano no dominante, en las figuras del Museo (Figura 90, Figura 91 y Figura 209). El hecho de que no observemos estos cuadros actualmente se debe a la mecanización del lavado.

Existe una última figura que podría representar un eccema generalizado en relación con una dermatitis de contacto. Se trata del modelado titulado “*Eritrodermia exfoliativa generalizada tipo Wilson-Brocq*” (Figura 92). Por eritrodermia de Wilson-Brocq se denominaba antiguamente a los cuadros eritrodérmicos en los que no se llegaba a conocer su causa, aunque esto no implica que se trate de una entidad diferente a la psoriasis, eccemas, toxicodermias u otras patologías que pueden evolucionar hacia una eritrodermia<sup>181</sup>. Los términos de “*dermatitis exfoliativa de Wilson-Brocq*” y “*herpétide maligna exfoliatriz de Bazin*” (vid Figura 63 en pág. 124) son sinónimos<sup>182</sup>, utilizándose ambos para referirse a estados eritrodérmicos de origen más o menos claro.

La figura en cuestión muestra la cabeza, tronco y extremidades superiores de una paciente atendida por Sáinz de Aja con una extensa eritrodermia, grandes escamas y alopecia universal (Figura 92). Si bien el modelado no presenta historia clínica, corresponde al mismo paciente que Sáinz de Aja y Barrio de Medina presentaron en la sesión de la *Sociedad de Dermatología* del 7 de noviembre de 1919. Se trataba de una mujer que había desarrollado esta eritrodermia tras la aplicación de diferentes remedios tópicos<sup>183</sup>:

*“Su enfermedad actual da comienzo hace nueve meses, por una sarna que fue tratada en el pueblo con pomada de Helmerich por espacio de mes y medio en fricción diaria, que determinó una dermitis aguda y generalizada; esta dermitis fue tratada a su vez con múltiples pomadas que no consiguieron mejoría alguna, habiendo seguido la enferma empeorando paulatinamente, hasta llegar al estado actual.”*



**Figura 92**  
*“Eritrodermia exfoliativa generalizada tipo Wilson-Brocq” (fr-308).*

Junto con la eritrodermia descamativa, esta mujer perdió el pelo del cuero cabelludo, cejas y pestañas, además de presentar un engrosamiento de todas las uñas. No se relata en esta sesión clínica la evolución ni el tratamiento empleado para combatir la eritrodermia<sup>183</sup>.

La pomada de Helmerich era un preparado a base de azufre muy utilizado contra la sarna, y con una conocida capacidad de producir dermatitis de contacto<sup>184</sup>. Por ello, parece que la figura aquí representada muestra una eritrodermia que, al menos en su origen, podría tener como factor importante una dermatitis de contacto por azufre, con o sin la participación añadida de otros remedios tópicos empleados.



**Miscelánea**

Algunos de los diagnósticos que necesitan ser aclarados, por no emplearse actualmente o poseer un significado distinto, están representados en la colección del Museo Olavide por una única figura. Estos casos se comentan a continuación.

Úlcera callosa: Durante el siglo XIX, por úlcera callosa se entendía la ulceración de bordes hiperqueratósicos que sobresalen sobre el nivel de la piel circundante, y que, debido a su atonía, impiden la cicatrización. Existía cierta controversia acerca de las causas de estas úlceras. Si bien algunos autores las consideraban de origen varicoso, otros las atribuían al descuido por parte del paciente y a la pobreza. Su tratamiento, al igual que hoy, se basaba en el desbridamiento o destrucción del tejido que impide la cicatrización<sup>185, 186</sup>.



**Figura 93**  
*“Úlcera callosa de la pierna izquierda” (hc-84).*

La figura titulada *“Úlcera callosa de la pierna izquierda”* muestra una úlcera en el tercio inferior de la pierna, de gran tamaño y con bordes necróticos y mal vascularizados (Figura 93). La lesión acontecía en un varón de 57 años que veinte años atrás había sufrido una luxación del tobillo tras caerse de un andamio. Poco después, y quizás debido a un tratamiento tópico empleado, desarrolló *“una rubicundez en la parte anterior e inferior de la pierna citada; esta rubicundez iba acompañada de prurito, y al*

*satisfacer el deseo que le imponía la comezón, se le formó una erosión que después pasó a úlcera, la cual fue creciendo hasta adquirir unas proporciones formidables”* (hc-84).

Las características de esta úlcera, descritas por Colomo, le confieren el sobrenombre de “callosa” (hc-84):

*“Esta úlcera es indolente a la presión, de fondo grisáceo, bordes duros y callosos, razón por la que se ha resistido a cuantos medios se han empleado desde su ingreso en la clínica; el pié y la articulación tibio-tarsiana se hallan deformados a consecuencia de la luxación que sufrió y no le fue posible reducirla; caracteres todos que nos hacen sospechar desde luego, sin dejar lugar a duda, la afección que padece.”*

Los diversos tratamientos antisépticos y cauterizantes consiguieron una reducción de la úlcera, aunque de forma incompleta y a un ritmo muy lento (hc-84).

*Eczema rubrum*: Bazin utilizaba el término de “*eczema rubrum*” para referirse a una variedad de eccema en la que el eritema es muy intenso, rojo oscuro, y suelen existir síntomas generales que recuerdan a la erisipela, aunque según este autor no se trataría de una infección<sup>187</sup>. Sin embargo, médicos como Hardy sí lo entendían como un proceso infeccioso, acompañado de síntomas sistémicos, como malestar general, fiebre, cefalea y náuseas<sup>188</sup>. El término, por lo tanto, generaba confusión, y en los tratados de la época se cataloga como “*eczema rubrum*” cuadros de eccema con intenso eritema, pero también las placas edematosas y eritematosas que podrían corresponder a diferentes entidades patológicas<sup>189</sup>.

La figura del Museo titulada “*Eczema rubrum*” recoge el modelo de un paciente atendido por Olavide (Figura 94). Se trata de un enfermo de 27 años que desarrolló una placa “eczematosa” en un costado, tras padecer un proceso febril de tres días de evolución. Por lo descrito en su historia clínica, esta placa parece corresponder a una erisipela, ya que se encuentra bien delimitada, presenta un color rojo muy vivo, la piel tensa y endurecida, y el cuadro evolucionó hacia la formación de un forúnculo axilar de grandes dimensiones, que terminó por fistulizar espontáneamente a la piel (hc-112).



**Figura 94**  
*“Eczema rubrum”* (hc-112).

Por supuesto, Olavide conocía perfectamente las características de la erisipela y la celulitis, por lo que es extraño que no se plantee este diagnóstico en su historia clínica. La denominación de *“eczema rubrum”* debe entenderse aquí por el carácter exudativo de la placa, relatado en su historial, que recordaría al eccema.

*Tiña pelada*: En la historia clínica de un niño de 10 años a cargo de Olavide, diagnosticado de *“Tiña pelada”*, se puede leer la descripción de lo que parece corresponder a una alopecia areata. Su figura no ha sido aún recuperada, pero se trataría de una alopecia del cuero cabelludo, bastante generalizada, acontecida en el espacio de tres meses. La descripción de la placa alopécica es la siguiente (hc-75):

*“Ofrecía asimismo la tersura y brillantez de la piel desprovista por completo de folículos pilosos, sin que en ella existan pápulas, vesículas, pústulas ni costras que puedan hacer sospechar la existencia de un eczema, de un impétigo, de una psoriasis ni de un favus, como así tampoco picor, escozor ni molestias de ningún género.”*

También en el *“Atlas”* de Olavide se puede apreciar una lámina que parece representar tres placas de alopecia areata en un varón adulto, entidad denominada por Olavide *“Tiña pelada”* por la creencia de que estuviera causada por un hongo<sup>190</sup>.



*Acné varioliforme*: Una de las figuras del Museo fue catalogada por Olavide como “*acné varioliforme*” (Figura 95). Con este nombre nos referimos hoy en día al acné necrótico (o acné necrótico miliar)<sup>191, 192</sup>, caracterizado por la presencia de pápulas foliculares con necrosis central, que curan dejando cicatrices varioliformes. Las lesiones del acné necrótico asientan principalmente en la nariz, frente y zona anterior del cuero cabelludo<sup>193, 194</sup>, por lo que no parece corresponder a la patología representada en la figura del Museo.

El término de “acné varioliforme” fue introducido por Bazin, pero no con el sentido actual, sino en referencia a unas pápulas de tamaño muy variable, duras, de color blanco céreo, que pueden aparecer de forma aislada o en grupos, y que presentan una característica umbilicación central<sup>195</sup>. Con ello, Bazin se refería, ni más ni menos, a lo que Bateman denominaba *mollusum contagiosum*, tal como aclaran Hardy<sup>196</sup> y Gintrac<sup>197</sup>. La confusión de las lesiones de molusco con un tipo de foliculitis hizo que se agrupara esta entidad como una forma más de acné, aunque durante el siglo XIX ya se sospechaba su capacidad de contagio<sup>196</sup>. El nombre de *mollusum contagiosum* fue el que finalmente prevaleció para designar la infección por poxvirus<sup>a</sup>, mientras que el de “*acné varioliforme de Bazin*” terminó empleándose para referirse a una variedad de foliculitis<sup>198, 199</sup>, y de esta forma ha perdurado hasta el presente.

La confusión existente en la segunda mitad del siglo XIX entre estos términos no ayuda a discernir el cuadro clínico al que se refería Olavide, aunque parece muy dudoso que la figura muestre lesiones de *mollusum contagiosum*, dado su gran volumen, exudación, cronicidad y la edad del paciente. Este modelado se agrupaba en el antiguo Museo en el mismo armario donde se mostraban diferentes formas de acné y cuadros clínicos de distribución pseudo-folicular, como el *mollusum contagiosum*<sup>200</sup>. En su historia clínica podemos leer que se trataba de un varón de 43 años que había comenzado, cinco años atrás, con inflamación y pápulas en la nariz, las cuales se fueron extendiendo. Las lesiones se describen como rojas, con una costra blanquecina y que dejan una cicatriz atrófica al resolverse. Como dato revelador, también se señala que la erupción

---

<sup>a</sup> Además del término *mollusum contagiosum* otorgado por Bateman, otros autores catalogaron este cuadro con distintos nombres, como *epitelioma mollusum* (Virchow), *epitelioma contagioso* (Neisser), *mollusum sebáceo o verrugoso* (Kaposi) y *acné varioliforme* (Bazin).

empeoraba con el calor y la luz (hc-111). De esta forma, y en vista de los conocimientos actuales, el cuadro representado podría corresponder a una rosácea conglobata.



**Figura 95**  
“Acné varioliforme” (hc-111).

Olavide, al igual que Bazin<sup>195</sup>, entendía el “acné varioliforme” como una manifestación de *escrofulismo*, tal como se aprecia en una lámina de su “Atlas”, titulada “*Escrofulide acnéica maligna (acné varioliforme de la cara)*”, y que presenta pocas similitudes con la figura del Museo<sup>201</sup>. El paciente representado en el Museo mejoró con antisépticos tópicos y yoduros sistémicos, obteniendo el alta “*en un estado completamente satisfactorio*” tras dos meses y medio de ingreso (hc-111).

En conclusión, por “acné varioliforme”, Bazin se refería a lo que actualmente denominamos *molluscum contagiosum*, aunque Olavide, como muchos de sus coetáneos, utilizó el término de forma errónea para catalogar cuadros acneiformes. Aunque actualmente el acné varioliforme es una entidad más o menos definida, la figura recogida en el Museo podría representar, más bien, una variedad de rosácea.

*Dermitis séptica ampollosa*: La figura denominada “*Dermitis séptica de evolución ampollosa o flictenular*” representa unas ampollas tensas, de contenido sero-purulento, en la palma de una mano (Figura 96). Corresponde a una sirvienta de 19 años que desarrolló estas lesiones coincidiendo con síntomas gastrointestinales y un cuadro febril (hc-242):

*“Dice [la paciente] que unos veinte días antes, y en ocasión de lavar ropa sucia perteneciente a un enfermo con lesiones supurantes, notó en ambas manos sensaciones de ardor, que se le hincharon y se pusieron encarnadas en diversos puntos separados unos de otros; que en estos puntos se formaron ampollas llenas de un líquido amarillento verdoso que reventaban a los ocho o nueve días.”*



**Figura 96**  
“*Dermitis séptica de evolución ampollosa o flictenular*” (hc-242).

El brote se resolvió en 15 días, y fue achacado por Azúa a una infección (hc-242):

*“El caso debe considerarse como una dermatitis séptica o infección de evolución ampollosa, notable por la claridad y evidencia del factor etiológico y por la pureza morfológica de las lesiones.”*

Parece que Azúa se refiere a una infección bacteriana, tipo impétigo, como causa de estas ampollas. Sin embargo, el periodo de incubación (20 días) parece demasiado largo para ello. La bilateralidad y simetría del cuadro, afectando ambas palmas y bordes laterales de las manos, es otro dato en contra de un proceso infeccioso local. En la figura se puede observar la descamación circular que se produce al resolverse la ampolla presente en el cuarto dedo, y cómo esta descamación asienta sobre una piel normal. Por todo ello, el cuadro podría corresponder a una forma aguda y explosiva del eccema dishidrótico (pónfolix), aunque es difícil asegurar el diagnóstico. La historia clínica recogida es demasiado escueta y no hemos encontrado publicaciones de Azúa en las que haga referencia a esta paciente.

*Queratodermia hereditaria de Azúa:* Dentro del Museo se hallan algunas figuras de indudable valor científico, ya que representan cuadros que fueron descritos por primera vez en pacientes inmortalizados en cera. Éste es el caso de la figura titulada *“Queratodermias congénitas, hereditarias y simétricas, de las manos, pies, orejas y nariz”*, que muestra la mano de un varón de 28 años atendido por Azúa en 1891 (Figura 97).

En su historial se relata cómo este enfermo sufría, con la llegada del frío en cada invierno, lesiones hiperqueratósicas en manos, pies, orejas y nariz, que asentaban sobre unas placas *“amoratadas”*. La queratodermia palmar, de color *“blanco sucio”*, se interrumpe a nivel de la muñeca y produce una semi-flexión de los dedos. La cara dorsal de las manos también se afecta, sobre todo en las regiones periungueales y sobre las articulaciones metacarpo-falángicas. Igualmente, sobre los pies, nariz y orejas se desarrollan lesiones queratósicas, aunque en menor medida. Tanto el padre del paciente como un hijo sufrían un cuadro similar (hc-244).



**Figura 97**

*“Queratodermias congénitas, hereditarias y simétricas, de las manos, pies, orejas y nariz” (hc-244).*

Otero, quien transcribe la historia clínica, resalta los detalles exploratorios, la severa afectación funcional que produce esta queratodermia y la singularidad del caso, que tuvo repercusión a nivel internacional (hc-244):

*“Este caso tiene importancia y mérito innegables, por ser la primera vez que un autor ha descrito las queratodermias de la nariz y de las orejas, lesiones desconocidas en las clínicas extranjeras y que las revistas de especialidades de París, Berlín y Viena han dado a conocer, tomándolo de la interesante historia recogida por el Dr. Azúa.”*

En la historia clínica también se discute la falta de influencia profesional en el desarrollo de estas lesiones, ya que el paciente trabajaba como sillero, pero sólo durante los meses de verano, mientras que el cuadro empeoraba en invierno, y únicamente cuando el enfermo se encontraba en un lugar de clima frío. Azúa sostiene que *“la patogenia probablemente es trofoneurótica y de orden reflejo”* (hc-244).

En su historial se resaltan los aspectos diferenciales con otras queratodermias, por seguir la aquí representada un curso de recidivas, y no sólo de exacerbaciones, y por *“la alteración de las uñas y formación de los dediles córneos, que no han sido descritos en otros enfermos”*. En cuanto al tratamiento, se recomendó al enfermo vivir en regiones templadas y el uso constante de calor artificial (hc-244).

Azúa publicó este caso en la *Revista Especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y Afecciones urinarias*<sup>a</sup>. En el artículo se describen más detalles acerca de la queratodermia, resaltando de nuevo cómo la hiperqueratosis sólo surge durante los periodos fríos y en las zonas acrales (manos, pies, orejas y nariz), precedida de un color violáceo sobre la piel<sup>202</sup>.

El interés que mostró Azúa por las queratodermias palmo-plantares se puede apreciar en otro trabajo publicado en 1890, donde resume las principales características de las queratodermias que no se asocian a otras patologías dermatológicas. En esta ocasión, aclara lo que entiende por el posible origen *“trofoneurótico”* de las queratodermias, en referencia a una causa nerviosa. Así, destaca *“ciertos síntomas de origen nervioso, como irritabilidad de carácter”* o *“exagerada impresionabilidad”* en algunos enfermos<sup>203</sup>.

La queratodermia de las manos, pies, orejas y nariz descrita por Azúa, e inmortalizada en el Museo, no se corresponde claramente con ninguna de las distintas queratodermias palmo-plantares que se reconocen hoy en día<sup>204, 205</sup>. La queratodermia de Azúa parece tratarse de una entidad autosómica dominante, ya que afectaba a tres generaciones consecutivas. Las lesiones palmo-plantares semejan algunas formas de las queratodermias de Vörner-Unna-Thost y de la queratodermia de Sybert, pero con la

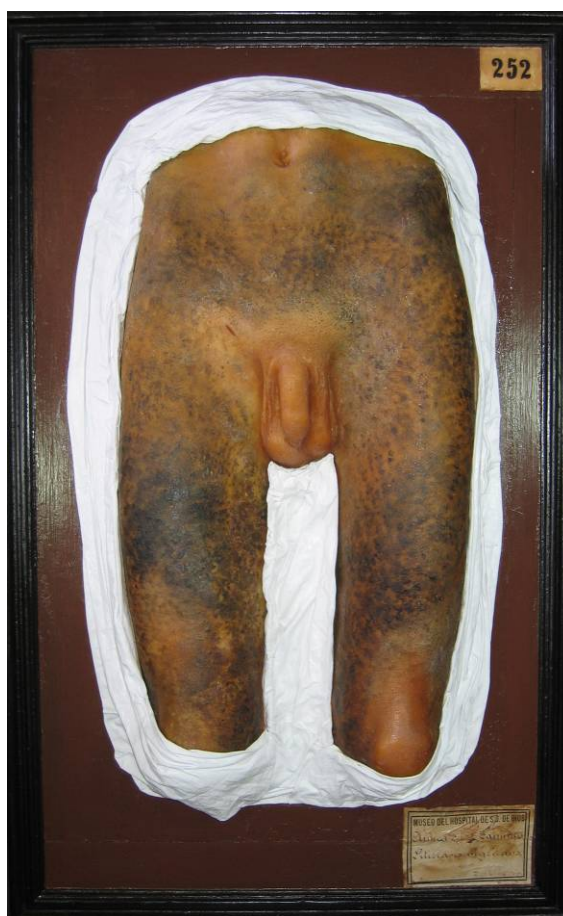
---

<sup>a</sup> Este hecho se advierte en una nota a pie de página del historial que presenta la figura (hc-244).



particularidad de la afectación de nariz y orejas, y, como destaca Azúa, su carácter de recidivas y remisiones tan evidente.

*Pitiriasis nigricans*: Una de las figuras del Museo fue titulada por el Dr. Sanjuán como “*Pitiriasis nigricans*”. Representa las escamas gruesas, de color marrónáceo y negruzco, en los muslos y abdomen de un paciente (Figura 98). La figura no se acompaña de historia clínica ni otros datos acerca del enfermo, pero las lesiones recuerdan a algunos tipos de ictiosis.



**Figura 98**  
“*Pitiriasis nigricans*” (fr-384).

Sin embargo, Olavide muestra un paciente con idénticas lesiones y un diagnóstico similar –“*Pitiriasis nigricans y versicolor generalizada (falso ictiosis negro)*”- en una lámina de su “*Atlas*”<sup>206</sup>. El enfermo de Olavide permaneció recluido en la prisión de Alcalá, y, según comenta, desarrolló una extensa hiperqueratosis debido a las malas condiciones higiénicas y alimentarias de la cárcel. El cuadro fue considerado por Olavide como una forma de pitiriasis versicolor muy exuberante y generalizada<sup>206</sup>. No

obstante, esta lámina ha sido interpretada por Xavier Sierra como una ictiosis<sup>207</sup>, que por el hecho de ser adquirida podría deberse a carencias nutricionales.

El término de *pityriasis nigricans* o *nigra* se atribuye a Bielt, quien denominó de esta forma la descamación observada durante la epidemia de acrodinia<sup>a</sup> que tuvo lugar en París en 1828 y 1829<sup>208</sup>. A lo largo del siglo XIX, algunos autores emplearon este nombre para designar entidades diversas, caracterizadas todas ellas por presentar pitiriasis (descamación) de color negro<sup>209, 210</sup>. Sin embargo, médicos como Devergie o Hardy, reservaban el término de *pityriasis nigra* para un estado avanzado, con escamas negruzcas, de la pitiriasis versicolor<sup>208, 211</sup>.

En la figura presente en el Museo parece poco probable que el aspecto grueso de las escamas y su localización corresponda a una forma severa de pitiriasis versicolor. Más bien, el término de *pitiriasis nigricans* podría ser entendido aquí como la descamación negruzca que presenta lo que parece corresponder a una ictiosis, que desconocemos si es de origen genética o adquirida.

*Ectima terebrante*: Los términos de “ectima terebrante”, “dermatitis gangrenosa infantum” o “gangrena múltiple de la piel de los niños”, se introdujeron a finales del siglo XIX para referirse a lo que hoy en día denominamos ectima gangrenoso<sup>212</sup>. Esta entidad se describió como una variedad del ectima que produce ulceraciones más profundas, “como hechas con sacabocados”, y que solía afectar a niños con un estado de “debilitación orgánica”<sup>213</sup>. Si bien no siempre se demostraba la bacteria causante, muchos de estos “ectimas” cursaban con sepsis, trombosis vasculares y otras características clínicas<sup>212</sup> que parecen corresponder a una infección por *Pseudomona aeruginosa*, principal patógeno responsable del ectima gangrenoso<sup>214</sup>.

Una figura presente en el Museo lleva por título “*Ectima terebrante (gangrena múltiple de la piel)*” (Figura 99) y pertenece a un niño atendido en 1897. En su historia clínica, Azúa realiza un excelente resumen de esta patología (hc-284):

---

<sup>a</sup> La acrodinia es un cuadro neurológico y cutáneo causado por la intoxicación con mercurio.



*“Las lesiones figuradas representan bien el tipo llamado por los autores franceses ectima terebrante, y por muchos autores alemanes, gangrena múltiple de la piel de los niños. Las lesiones comienzan por una mancha roja, en la que rápidamente se forma una pústula que se rompe pronto, dejando ver ulceraciones profundas, cortadas a pico, con el fondo magmoso, amarillento. Cada una de estas lesiones se rodea de una aureola inflamatoria bien marcada.”*



**Figura 99**

*“Ectima terebrante (gangrena múltiple de la piel)” (hc-284).*

Azúa explica las diferencias con el ectima común y sus sospechas de que se deba a un patógeno diferente<sup>a</sup> (hc-284):

*“La evolución de estas lesiones es mucho más rápida que la del ectima, al que por su morfología pustulosa y ulceración consecutiva se parece mucho. Es verosímil que se debe la afección a una infección distinta de la del ectima, y parecida por su desarrollo pustuloso y efectos necróticos rápidos a la del chancro blando, aunque no pretendemos sea la misma cosa. En el caso figurado, y en otros varios observados, las lesiones se localizan de preferencia en la parte inferior del vientre en derredor de la región génito-anal y en la parte posterior de los muslos.”*

<sup>a</sup> De hecho, en la historia clínica, Azúa señala que el estudio microbiológico realizado en el laboratorio del Hospital demostró la existencia de estreptococos y estafilococos áureos, aunque no concedió mayor importancia a este dato (hc-284).

El *ectima terebrante* se describió como complicación de diversos procesos infecciosos, tras vacunaciones o en individuos caquéticos<sup>212, 215</sup>, y aunque la malnutrición o la inmunodepresión pueden ser factores predisponentes, no parece ser éste el caso de la figura que se presenta, tal como aclara Azúa (hc-284):

*“Hemos visto unas veces los niños con mal estado general, pero en otros, y el modelo bien lo demuestra, la nutrición era excelente.”*

Azúa explica cómo el empleo de soluciones antisépticas acaba resolviendo el proceso, aunque advierte de la posibilidad de desenlace fatal en algunos pacientes (hc-284):

*“Cuando los niños se encuentran en muy mal estado general, pueden morir por efecto de la causa que primitivamente ha producido ese mal estado y de la infección engendrada por las múltiples ulceraciones.”*

Diagnósticos parecidos a los actuales: Muchas de las figuras del Museo presentan nombres diagnósticos que, si bien no son idénticos a los empleados en el presente, sí guardan grandes similitudes, por lo que pueden reconocerse más fácilmente. Un ejemplo de ello lo constituyen las dos figuras tituladas *“Esporotricosis gomosa”* (fr-51, fr-66), donde el apellido de “gomosa” se utiliza para referirse a la forma subcutánea de la esporotricosis, en contraposición con la esporotricosis sistémica (Figura 100).

El término de “goma” no sólo se empleaba para calificar un tipo de sífilis tardía, sino que también era utilizado en aquellas patologías caracterizadas por presentar lesiones nodulares subcutáneas, que en su evolución se abren a la superficie de la piel<sup>216</sup>. La gran prevalencia de sífilis y tuberculosis que existía a principios del siglo XX, hacía que los médicos recordaran las formas gomosas de estas enfermedades al enfrentarse a un paciente con una esporotricosis cutánea. De ahí el calificativo de “esporotricosis gomosa”. De hecho, era habitual que estos enfermos fueran tratados como sifilíticos o tuberculosos, antes de que se planteara el diagnóstico de esporotricosis<sup>217, 218</sup>.



**Figura 100**  
“Esporotricosis gomosa” (fr-51).

Las figuras representando tumores y malformaciones vasculares muestran diagnósticos distintos a los empleados hoy en día, algo que no es de extrañar, si tenemos en cuenta los múltiples cambios que se han realizado en la clasificación de estos cuadros<sup>219</sup>, que sigue estando sometida a debate<sup>220</sup>. Así, se encuentran diagnósticos como “*Angiolipoma de origen venoso*” (hc-222), que parece corresponder a un hemangioma congénito; o “*Telangiectasia*” (hc-139), para lo que podría representar una malformación venosa que ocupa la extremidad superior derecha y parte del tronco (Figura 101).



**Figura 101**  
“Telangiectasia” (hc-139).

De hecho, en la etiqueta de esta figura se modificó posteriormente el diagnóstico de “*Telangiectasia*” otorgado en su historial (hc-222), por el de “*Angioma venoso en el brazo de un hombre*”<sup>a</sup>.

Algunos modelados que reproducen formas de ictiosis reciben nombres actualmente en desuso, como “*Hiperqueratosis universal eritrodérmica hipoendocrina*” (fr-333) o “*Queratoma difuso maligno*” (fr-1). Este último diagnóstico corresponde a una impresionante figura de cuerpo entero representando una *ictiosis arlequín* (Figura 102). Azúa estudió el caso de forma concienzuda y lo plasmó en una extensa publicación<sup>221</sup>, la cual ya ha sido comentada en otros trabajos<sup>222, 223</sup>. Se trata de una niña nacida en mayo de 1909 en la Maternidad de Madrid. La rigidez de la piel ictiósica impedía el trabajo respiratorio y la alimentación, por lo que el bebé falleció pocas horas después<sup>221</sup>.



**Figura 102**  
“*Queratoma difuso maligno. Ictiosis fetal*” (fr-1).

Existen muchos ejemplos de nombres diagnósticos observados en el Museo que, sin ser idénticos, presentan similitudes con los empleados en el presente: El modelado titulado

<sup>a</sup> Resulta llamativa la causa que aporta el Dr. Muñoz para explicar el origen del cuadro: “*Algunos indicios de traumatismo da el enfermo para hallar la causa de su padecimiento, que no parece haber sido espontáneo, sino producido a consecuencia de una coz de un buey de labranza*”. El paciente no concedía demasiada importancia a su malformación vascular, ya que ésta fue descubierta por los médicos del Hospital cuando ingresó para tratarse de una neumonía (hc-139).

*“Dermatitis pustulosa vegetante de progresión decéntrica. Enfermedad de Hallopeau”* (fr-305), hace referencia al psoriasis pustuloso<sup>224</sup>; la *“Dermatitis calórica”* (fr-349) representa un *eritema ab igne*; etc. Una lista exhaustiva de estas figuras no parece necesaria, por poderse reconocer la patología representada de forma sencilla.

Sin embargo, son muy numerosos los detalles que se pueden extraer de cada figura, de su historia clínica o a partir de la publicación del caso. Muchos de estos aspectos no se señalan aquí, por sobrepasar ampliamente la finalidad del trabajo. En este capítulo, se ha pretendido, simplemente, aclarar ciertos diagnósticos que pueden llevar a equívocos, pero el estudio del Museo Olavide ofrece muchas y ricas posibilidades para futuras investigaciones.



## **PATOLOGÍAS Y CUADROS CLÍNICOS QUE NO SE OBSERVAN HOY DÍA**

Una de las razones por las que el Museo Olavide posee un gran valor, radica en la recopilación de cuadros clínicos que hoy en día no se observan o son extremadamente raros. Algunas patologías representadas en estas figuras, como la sífilis, la lepra o la tuberculosis, siguen existiendo en nuestro medio, aunque con una prevalencia y expresividad clínica mucho menor, debido a la gran eficacia de los tratamientos antibióticos. Otras, como la viruela, se encuentran erradicadas desde hace décadas, gracias a las múltiples campañas de vacunación. Algunas toxicodermias, originadas por medicamentos que ya no se utilizan, muestran unas características clínicas desconocidas en el presente. A continuación, se estudian las figuras del Museo en las que se puede observar este tipo de cuadros. Su valor no sólo es histórico, sino que pueden tener una utilidad docente ante la hipotética presentación de una clínica similar en el futuro.

### ***Sífilis***

La sífilis sigue siendo una enfermedad presente hoy en día, sobre todo en forma de pequeñas epidemias que ocurren cada 5 ó 10 años desde la década de 1960. Sin embargo, su prevalencia actual no se acerca, ni de lejos, a la existente antes de 1943, cuando se comenzó a emplear la penicilina en el tratamiento de esta infección<sup>225</sup>. Así, se ha estimado que a comienzos del siglo XX, el 10-15% de la población europea estaba infectada de sífilis<sup>226, 227</sup>. La epidemia era tan importante que impulsó el nacimiento de la Dermatología como especialidad médica a partir de la Sifiliografía.

La gran prevalencia de esta enfermedad se recoge en el Museo, donde el 27% del total de las figuras recuperadas hasta la fecha corresponde a distintos cuadros sifilíticos. La epidemia existente hace un siglo, junto al hecho de que se trate de una enfermedad con una enorme expresividad clínica, explica el gran número de modelados hallados. Entre estos modelados, existen muchas formas que, o bien no observamos actualmente, o bien sólo ocurren de forma excepcional, y que se estudian a continuación.

*Primoinfección sifilítica:* Existe una gran cantidad de chancros representados en el Museo. Por la finalidad docente que perseguía esta colección, se muestran en ella tanto las primoinfecciones sifilíticas que producen una úlcera típica<sup>a</sup>, como las de características atípicas. Éstas últimas, raras de observar hoy en día, son las figuras más pertinentes de reflejar en este apartado. Así, encontramos modelados de algunos pacientes que sufrían chancros con grandes destrucciones a nivel local (Figura 103), y que reciben el sobrenombre de “*fagedénicos*” o “*terebrantes*” (hc-153, hc-231, fr-270, fr-341). Estas formas clínicas parecen corresponder a una sobreinfección de la úlcera sifilítica.



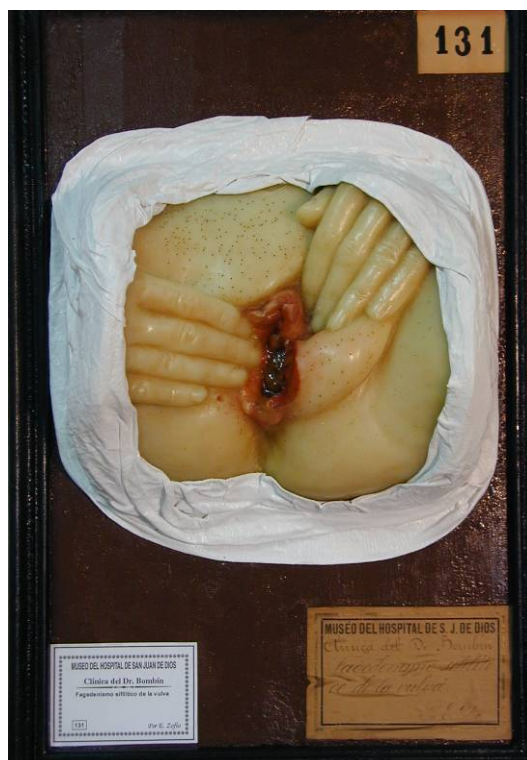
**Figura 103**  
 “*Fagedenismo sifilítico con destrucción de la piel del miembro*” (fr-341).

Otro ejemplo similar corresponde al modelado titulado “*Fagedenismo sifilítico de la vulva*” (Figura 104). Pertenece a una prostituta de 26 años que había presentado una vesícula en el labio mayor derecho un mes antes, la cual fue ulcerándose hasta producir una enorme destrucción en sus genitales (hc-231):

<sup>a</sup> Además de los clásicos chancros en genitales o en los labios de la boca, algunas figuras representan la úlcera de la primoinfección sifilítica en encías (fr-155, fr-270), lengua (fr-120), dedos (hc-38, fr-153), pezones (hc-23, hc-135-136-137), meato urinario (hc-144), párpado (hc-202), ombligo (fr-204), cuello (fr-154), oreja (fr-206) o pierna (fr-302). Otros modelados recogen chancros múltiples (hc-40, fr-196) o con características atípicas (hc-28, hc-30, hc-32).



*“En la región vulvar nos encontramos con una extensa ulceración fagedénica, representada por la desaparición del clitoris, grande y pequeño labio del lado izquierdo, vestíbulo horquillar y parte de la ninfa del lado derecho; de bordes irregulares y negruzcos, fondo gris sucio y cubierto de una capa de tejido lardáceo; la periferia tumefacta y poco dolorosa; los ganglios inguinales infartados, duros y resbaladizos”*



**Figura 104**  
*“Fagedenismo sífilítico de la vulva” (hc-231).*

Este extenso chancro curó gracias a las cauterizaciones con resorcina, a los antisépticos tópicos y mercuriales orales, pero el tratamiento no impidió que poco después la enferma desarrollara una sífilis secundaria, la cual necesitó un nuevo ciclo de yoduro mercúrico potásico (hc-231).

Otra forma de chancro atípico que se muestra es el de características hipertróficas, sin tanta destrucción a nivel local, pero ocupando una superficie cutánea importante (Figura 105). Tal es el caso de la figura denominada *“Chancro sífilítico hipertrófico ocupando toda la superficie externa del gran labio izquierdo”* (hc-282):

*“Presenta en casi la totalidad de este labio una superficie indurada desigualmente mamelonada, bien limitada y con todos los caracteres correspondientes a la lesión inicial de la sífilis.”*



**Figura 105**

*“Chancro sífilítico hipertrofico ocupando toda la superficie externa del gran labio izquierdo” (hc-282)<sup>a</sup>.*

También se encuentran modeladas primoinfecciones sífilíticas que no se manifiestan por una úlcera. En una figura se refleja el nódulo o “*sifiloma*” en el párpado superior como puerta de entrada de una sífilis sistémica (vid Figura 24 en pág. 82). En otro caso, se presenta “*una excoriación y no una úlcera*” en el labio mayor derecho de la vulva (Figura 106), señalando que “*se parece esta superficie a la que deja un vejigatorio después de desprendido el epidermis*”. Una vez más, la dureza característica del chancro es uno de sus principales datos diagnósticos, tal como explica el Dr. Cerezo (hc-204):

<sup>a</sup> En el historial de esta paciente se cataloga a este chancro como “*hunteriano*” (hc-282), algo que se corrigió en la etiqueta de la figura, ya que por *chancro hunteriano* se entendía en el siglo XIX lo mismo que hoy en día; es decir, el chancro típico con los bordes elevados y duros.

*“Este labio ofrece, a más de su abultamiento, una dureza elástica a la presión, principalmente marcada en la base de la excoriación predicha.”*



**Figura 106**

*“Chancro sífilítico erosivo del labio mayor derecho de la vulva” (hc-204).*

El **modo de contagio** de los casos de sífilis reflejados en el Museo, al igual que hoy en día, suele ser venéreo, o bien transplacentario en la sífilis congénita. Sin embargo, también se observan contagios a través de la lactancia (Figura 107 a Figura 109). Un ejemplo de ello lo constituye una cadena epidemiológica de sífilis que afecta a cuatro individuos. El Dr. Sanjuán recoge esta historia clínica a partir de una mujer de 25 años, soltera, que trabajaba como nodriza (hc-135-136-137):

*“Se encargó de la lactancia de un recién nacido, enfermizo y demacrado, que falleció al mes y medio próximamente y que estuvo afecto de coriza y pénfigo sífilíticos.”*

La nodriza notó poco después la aparición de una pequeña úlcera en el pezón, a la que no dio mayor importancia. Fallecido el recién nacido, y *“con objeto de sostenerse la secreción láctea, pues intentaba continuar criando, rogó a una conocida suya [...] que*

*le permitiera dar el pecho, alguna vez al día hasta que encontrara casa donde criar, a su hija” (hc-135-136-137).*

La madre de la niña accedió a ayudar a la nodriza, pero un mes más tarde su bebé presentó un chancro en el labio de la boca, manchas en la cara y numerosas “*placas mucosas*” en la región genital e inguinal. La madre, que compartía la lactancia de su hija con la nodriza, desarrolló un chancro en la mama y una sífilis secundaria. En el Museo se recogen los modelados de estos tres pacientes (hc-135-136-137).



**Figura 107**



**Figura 108**



**Figura 109**

Cadena epidemiológica de una sífilis contagiada a través de la lactancia: Chancro en fase de cicatrización en la nodriza (Figura 107), condilomas planos en el segundo lactante (Figura 108) y chancro mamario en la madre de esta niña (Figura 109).

El contagio de la infección desde un bebé con sífilis congénita a la nodriza, desde la nodriza a un segundo lactante, y desde este segundo lactante a su madre, se describe con todo detalle por parte del Dr. Sanjuán, quien llega a compadecerse de la nodriza, “*origen inconsciente de estos males y víctima a su vez de la fatalidad y desgracia*” (hc-135-136-137).

*Sífilis secundaria*: En el Museo se encuentra ampliamente reflejado el gran polimorfismo que presenta la enfermedad sifilítica en su estadio secundario. Se observan las formas que comúnmente encontramos hoy en día, dentro de la baja incidencia actual de esta enfermedad, como la roseola sifilítica (hc-215, fr-237), exantemas sifilíticos papulosos (hc-33, hc-62, hc-195), pigmentarios (fr-47), o multitud de condilomas planos (“*placas mucosas*”), algunos de ellos de gran tamaño (vid Figura 45 en pág. 105). En sus historias clínicas se relatan constantemente síntomas y signos de secundarismo sifilítico, como la afectación temprana de la orofaringe, con ulceraciones en la lengua y amígdalas, o la disfonía<sup>a</sup>. También se señala muy frecuentemente la iritis<sup>b</sup>, el malestar general y los dolores óseos y articulares<sup>c</sup>. Sin embargo, son más llamativas las lesiones cutáneas y mucosas de sífilis secundaria que se recogen en el Museo y que muy excepcionalmente se observan hoy en día, ya que se trata de cuadros sifilíticos de mayor tiempo de evolución<sup>d</sup>.

Además de los clásicos condilomas planos en las regiones genito-anales, se muestran figuras con este tipo de lesiones localizadas en pliegues axilares, poplíteos o las rágades en espacios interdigitales (Figura 110 y Figura 111). En ocasiones se denomina a estos condilomas planos extra-genitales “*placas hipertróficas*” (fr-136, fr-351), si bien corresponden al mismo tipo de lesión sifilítica, y en el antiguo Museo se agrupaban en uno de los armarios donde se mostraban otras formas de sífilis secundaria<sup>228</sup>.

---

<sup>a</sup> Un ejemplo de ello lo podemos apreciar en la historia clínica de una mujer de 21 años, quien, tras la curación de un chancro en la horquilla vaginal, presenta las siguientes lesiones en la boca: “*La cara superior del borde libre de la lengua era asiento de una ulceración excavada con engrosamiento de sus bordes; al propio tiempo, en las partes laterales de la úvula existían dos úlceras, una en cada lado, de fondo sucio y con tendencia a reunirse, para dar origen al desprendimiento del órgano citado; en los pilares existían también ulceraciones profundas; la locución le era muy molesta; la voz era afónica por imposibilidad de modular los sonidos; en las partes laterales del cuello y en la región parotídea presentaba una serie de infartos [adenopatías]*” (hc-f).

<sup>b</sup> En algunos historiales se denomina “*iritis específica*” a la originada por la sífilis (hc-142, hc-150-151). El apellido de “*específica*” empleado para denominar úlceras, iritis y otras lesiones, se refiere siempre a su origen sifilítico.

<sup>c</sup> Sirve como ejemplo la descripción de los dolores óseos que presentaba un enfermo con sífilis: “*Al menor cambio atmosférico percibía unos dolores fuertes, que se acentuaban más por la noche que durante el día y cuyo asiento estaba en los huesos de las extremidades*” (hc-160).

<sup>d</sup> Se ha intentado agrupar las diferentes figuras como representantes de sífilis secundaria o terciaria según el tipo de lesiones que representan, su afectación generalización o localizada y otros datos recogidos en los historiales, en el caso de que existan. Sin embargo, en algunos modelados es difícil afirmar con seguridad que representen un estadio de secundarismo sifilítico tardío, o bien una sífilis terciaria precoz (hc-142, hc-258, fr-295, fr-339), dado el solapamiento que ocurre en algunas formas de sífilis.





**Figura 110**  
*“Placas ulceradas en la región poplítea (hipertróficas)” (fr-351).*



**Figura 111**  
*“Pápulas interdigitales ulceradas en un sífilítico secundario” (fr-94).*



**Figura 112**  
*“Sifilide papulosa circinada” (hc-54).*



**Figura 113**  
*“Sifilide pigmentaria tipo de grandes lúnulas” (fr-49).*

Entre las figuras que representan una erupción sifilítica generalizada, se aprecia la denominada “*Sifilide papulosa circinada*”, donde la agrupación papular en anillo del secundarismo sifilítico recuerda al granuloma anular diseminado (Figura 112). También se representan lesiones hipopigmentadas que remedan la pitiriasis alba, como el caso del modelado titulado “*Sifilide pigmentaria tipo de grandes lúnulas*” (Figura 113).

Se recogen exantemas sifilíticos acompañados de cuadros urticariformes (hc-195), lesiones liquenoides (hc-141) (vid Figura 19 en pág. 76), pustulosas (hc-46, hc-142, hc-207) y rupioides (hc-143, fr-238, fr-50, fr-296, hc-167, fr-187) (Figura 114 a Figura 119). Éstas últimas se caracterizan por su gruesa hiperqueratosis concéntrica, que recuerda a la concha de una ostra y que ha evolucionado a partir de pústulas (hc-50). Hoy en día, a esta forma clínica, que puede observarse en pacientes inmunodeprimidos, se la denomina “sífilis maligna”<sup>225</sup>.



**Figura 114**  
“*Sifilide pustulosa miliar*” (hc-207).



**Figura 115**  
“*Sifilide pústulo-crustácea generalizada*”  
(hc-46).





**Figura 116**

*“Sifilide pústulo-crustácea en la parte anterior del tórax de un hombre” (fr-187).*



**Figura 117**

*“Sifilide pústulo-crustácea (Rupia) notable por su extensión” (fr-296).*

En ocasiones, en el Museo se emplea como sinónimo de rupia sifilítica el de sifilide pústulo-crustácea (fr-296), ya que ambas lesiones acontecen en los estadios avanzados de la sífilis secundaria, evolucionan a partir de pústulas y presentan bastantes semejanzas. La diferencia estriba en que la rupia sifilítica tiene su asiento sobre una úlcera profunda, su borde es violáceo y su costra más gruesa en el centro que en la periferia, mientras que las lesiones pústulo-crustáceas de la sífilis son más superficiales y recuerdan al impétigo o al ectima, aunque de bordes cobrizos<sup>229</sup>.

Las lesiones rupioides asientan sobre una ulceración, como se puede leer en su respuesta al tratamiento con la pomada de protoyoduro de mercurio (hc-143):

*“A beneficio de la anterior pomada las costras empezaron por reblandecerse primero y caerse después, dejando al descubierto una ulceración profunda de color rojo vivo y formada de pequeños y numerosos mamelones carnosos.”*





**Figura 118**  
*“Rupia sifilítica generalizada y  
 confluyente” (fr-238).*



**Figura 119**  
*“Rupia sifilítica generalizada o  
 confluyente” (fr-50).*

También se representan sifilismos psoriasiformes en pacientes con sífilis de largo tiempo de evolución (hc-216, fr-242, fr-295, fr-339). Estas lesiones recuerdan a las placas de psoriasis, aunque su color suele ser cobrizo (Figura 120) y en algún caso liquenoide (Figura 121). En el historial de una mujer de 22 años, que había padecido la primoinfección sifilítica un año antes, se comparan las lesiones psoriasiformes con las pápulas descamativas de la forma sifilítica más común (hc-216):

*“[...] pápulas cubiertas de escamas [...], siendo estas pápulas más confluentes, confundidas, complanadas, escamosas, reunidas, formando anillos, coloreadas de un rojo pálido sin brillo, como cobrizas y sin picor ni dolor alguno.”*

La diferenciación entre estas formas de sífilis (“*soriasis sifilítico*”) y la psoriasis vulgar no siempre se podía llevar a cabo de manera sencilla. Este diagnóstico diferencial, como el resto de las formas sifilíticas, se asentaba principalmente en los aspectos clínicos de las placas y en la presencia o no de otras lesiones acompañantes<sup>230, 231</sup>, a falta de pruebas complementarias como la serología, la visualización microscópica del *Treponema* y la histopatología.



**Figura 120**  
*“Sifilide psoriasiforme” (fr-295).*



**Figura 121**  
*“Sifilide tubérculo-escamosa del pie y pierna de un hombre” (fr-339).*

Otra de las formas que podría considerarse un sifilismo psoriasiforme se observa en la figura titulada *“Keratosi de la cara palmar de la mano y de los dedos, consecutiva a una sifilide papulosa coherente de las palmas de ambas manos”* (Figura 122). Representa las lesiones en las manos de una mujer atendida por Azúa, y es un ejemplo más del interés que mostraba Azúa por las queratodermias palmo-plantares. La enferma presentó placas hiperqueratósicas palmo-plantares tras haber sufrido múltiples brotes de sifilide papulosa generalizada, que más tarde se circunscribieron a las palmas y plantas, debido a la irregularidad del tratamiento antisifilítico seguido. Las lesiones queratósicas estaban surcadas por fisuras dolorosas, que dificultaban la movilidad normal de la mano, y su borde se describe como de un color rojo vivo e infiltrado (hc-258).

Azúa trató este caso de forma exitosa con el yoduro mercuríco potásico por vía oral, y localmente mediante ácido salicílico al 5% en aceite de enebro. En su historia clínica, realiza una breve disertación acerca de las queratodermias primitivas y las secundarias, para finalizar proponiendo diversas medidas terapéuticas en casos similares (hc-258):

*“Como lesiones sifilíticas, estas lesiones keratósicas resisten mucho al tratamiento interno y necesitan ser también tratadas localmente. En otros casos hemos obtenido*

*resultado con los emplastos de jabón neutro de potasa, que maceran bien la parte córnea. Aplicase después pomada de precipitado blanco al 5 por 100; también da resultado el emplasto de ácido salicílico.”*



**Figura 122**

*“Keratosis de la cara palmar de la mano y de los dedos, consecutiva a una sífilide papulosa coherente de las palmas de ambas manos” (hc-258).*

Otro tipo de secundarismo sífilítico representado en el Museo, más raro aún, corresponde a las formas “hemorrágicas” o “hemofilicas” (hc-78, fr-81, fr-317), en alusión a la presentación de una púrpura petequial y no palpable, que recuerda a las acontecidas en trombocitopenias o en diversas alteraciones de la hemostasia (hc-78) (vid Figura 219 en pág. 326), o a una púrpura palpable y/o con un halo eritematoso, sugiriendo una vasculitis (fr-81, fr-317) (Figura 123).



**Figura 123**

*“Hemofilia. Sifilide papulosa generalizada” (fr-81).*

Las dificultades diagnósticas de estas formas purpúricas de sífilis quedan reflejadas en la historia clínica de una mujer de 44 años, donde se aclara que no presentaba *“antecedentes morbosos hereditarios que den lugar a sospechar la existencia de discrasias”*. La enferma permaneció ingresada por una púrpura diseminada, asintomática, que apareció tras una amigdalitis (hc-78):

*“La superficie del cuerpo cubierta en totalidad por unas pequeñas manchas lenticulares, sonrosadas y persistentes a la presión del dedo [...], sin abultamiento alguno, guardando uniformidad de nivel con el resto del epidermis, ni dar ocasión a picor, dolor o molestia de ningún género; en la coloración de las manchas había discordancia, afectando diferentes matices que, sin salir del rojo, se hacía más vivo, más oscuro, y por último, hasta el amarillo paja en algunas de las manchas que en todo el cuerpo podían observarse.”*

La clave diagnóstica surgió cuando más tarde se presentó una gingivitis descamativa, erosiones superficiales en la mucosa orofaríngea y adenopatías cervicales, que hicieron



pensar en una sífilis, y que Olavide confirmó *“tras un prudente y detenido interrogatorio [...], aunque había tendencia a la ocultación de la verdad”* (hc-78).

Otra figura, denominada *“Sifilide papulosa y eritema indurado sifilítico”*, representa una paniculitis acontecida en el curso de una sífilis secundaria (Figura 124). El eritema nudoso sifilítico constituye una manifestación rara de esta enfermedad, incluso en la época en que su prevalencia era muchísimo más elevada que la actual. Generalmente, la paniculitis ocurre durante el primer año de la infección sifilítica, y sus características clínicas son similares al eritema nudoso causado por otras etiologías<sup>232</sup>.



**Figura 124**  
*“Sifilide papulosa y eritema indurado sifilítico”* (fr-314).

Como expresión de un secundarismo sifilítico también se pueden apreciar úlceras aisladas (hc-148, hc-223). Éste es el caso de un jornalero de 28 años que había sufrido una paroniquia aguda en el primer dedo de un pie, la cual se extendió y dio lugar a una úlcera tras desprenderse la uña (Figura 125). El paciente no presentaba ningún otro síntoma sistémico, pero la anamnesis ofrece la clave diagnóstica (hc-148):

*“Preguntado el enfermo por la causa de su lesión, nos dijo que no sabía a qué achacarlo, aunque si bien tres meses antes había padecido una úlcera en el miembro [el*

pene] *que tardó bastante tiempo en curarse; reconocido el sitio que aquella había ocupado, se podía desde luego apreciar el sifiloma bastante manifiesto, pero ningún otro fenómeno secundario pudo hallarse.*”



**Figura 125**

*“Úlcera secundaria en el dedo gordo del pie izquierdo” (hc-148).*

La paroniquia sifilítica es una manifestación que, incluso a principios del siglo XX, tampoco se observaba con frecuencia, siendo normal la afectación de una o pocas uñas de forma aislada. Se puede dar tanto en una época temprana de la infección sifilítica, como tardía<sup>233</sup>. Aunque en la etiqueta de esta figura sólo se señala que la úlcera era consecutiva a una onixis (hc-148), el modelado se mostraba en el mismo armario, dentro del antiguo Museo, que otras lesiones sifilíticas<sup>234</sup>. El enfermo fue tratado con mercuriales orales, pero no volvió a la consulta, desconociéndose su evolución (hc-148).

La variedad de sífilis secundaria que se aprecia en el Museo es, pues, muy amplia, y explica la denominación de “la gran simuladora” que recibe esta enfermedad. alguna figura resalta, incluso, la diversidad clínica que puede aparecer en un mismo enfermo de forma simultánea, como la denominada “*Sifilide polimórfica del muslo de una mujer*” (Figura 126). En su historia clínica se señala que esta paciente había sufrido un chancro

tres meses atrás, presentando en el momento de la consulta una erupción generalizada compuesta de lesiones muy variadas (hc-61):



**Figura 126**  
“Sifilide polimórfica del muslo de una mujer” (hc-61).

*“Referiremos su descripción al muslo y pierna derecha, pues son los representados en el modelo y reúnen los mismos caracteres. Hay manchas sencillas, redondeadas, pequeñas, de color rojo y sin la menor elevación de la piel. Hay vesículas también pequeñas, conteniendo líquido purulento y rodeadas de una aureola roja; algunas forman tránsito insensible a las pústulas. Hay pápulas pequeñas, de color rojo-moreno o cobrizo, poco prominentes y enteramente secas. Hay pústulas, cuyo número es más escaso, y cuyo tamaño es mucho mayor que el de las formas anteriores; son grandes, de uno a dos y tres centímetros de diámetro, cubiertas casi todas por costras gruesas, de color pardo oscuro, muy adherentes; las pústulas están rodeadas de una aureola inflamatoria. En la cresta de la tibia izquierda existe una elevación de dureza ósea, un verdadero exóstosis. El estado general no ofrece de notable más que una ligera anemia con debilidad de fuerzas.”*



*Sífilis terciaria*: La baja eficacia de los tratamientos antisifilíticos, unido al abandono de los mismos por parte de muchos enfermos, hace que existan varios ejemplos del estadio terciario de la sífilis en la colección del Museo. En sus historiales se hace patente, una vez más, el amplio conocimiento que los médicos poseían acerca de esta enfermedad. En ellos se recoge la evolución natural de la sífilis hasta llegar al periodo terciario, así como sus manifestaciones cutáneas, óseas, neurológicas y cardiovasculares. Sirve como muestra un magnífico resumen de las etapas por las que ha pasado la sífilis en un enfermo afecto de una necrosis sifilítica de los huesos frontal y malar (hc-56):

*“El individuo [...] ha padecido una infección sifilítica hace tres años, durante cuyo tiempo se han desarrollado con mucha intensidad los accidentes precoces de la sífilis secundaria, presentándose lesiones de la piel de forma papulosa, vesiculosa y ulcerosa en las mucosas, bajo la forma de placas, y a medida que unas desaparecían, otra nueva erupción complicaba a la ya existente; sin embargo, hoy no se encuentran en la piel y mucosas más que vestigios de aquellas y los correspondientes trastornos del periodo terciario de la sífilis invadiendo el tejido óseo, después de la curación aparente de los tumores gomosos por que principió a iniciarse.”*

Los modelados que recogen cuadros cutáneos de sífilis terciaria son múltiples. Entre ellos, se encuentra la forma papular serpiginosa de la sífilis terciaria precoz, fielmente reflejada en la figura titulada *“Sifilide tricofitoide de la nuca y región lateral izquierda del cuello”* (Figura 127). El apelativo de “tricofitoide” se emplea aquí para resaltar su parecido con la tiña corporal, debido a su curación central y al crecimiento de pápulas y nódulos descamativos y costrosos en la periferia. Esta forma circular o serpiginosa de la sífilis terciaria, que frecuentemente se presenta en múltiples focos, era denominada por Ricord “la firma de la sífilis”, por ser tan característica de esta infección<sup>235</sup>.

Pero los modelados que predominan son los correspondientes a las formas gomosas y nodulares. Los nódulos de la sífilis terciaria son parecidos a los gomas, pero asientan más superficialmente y, aunque pueden ulcerarse, son menos destructivos que las

lesiones gomosas<sup>225</sup>. Ejemplos de nódulos (también denominados “*sifilomas*”<sup>a</sup> o “*sifilides tuberculosas*”) se pueden apreciar en varias figuras, como la titulada “*Sifiloma masivo tipo rinofima (antes de ulcerarse)*”, donde se observa una masa violácea que afecta toda la nariz (Figura 128).



**Figura 127**

“*Sifilide tricoftoide de la nuca y región lateral izquierda del cuello*” (fr-346).



**Figura 128**

“*Sifiloma masivo tipo rinofima (antes de ulcerarse)*” (fr-244).

La consistencia y el desarrollo de estos nódulos o “tubérculos” a partir de manchas moradas, se explica perfectamente en la historia clínica de una paciente con una “*sifilide tuberculosa de la cara*” (hc-211-212)<sup>b</sup> (Figura 129):

“[...] pudimos observar la aparición en la cara de manchas de color rojo violáceo, extensas e irregulares, que paulatinamente se fueron haciendo prominentes en la piel, constituyendo tubérculos planos, difusos, poco elevados, extensos e irregulares; la piel

<sup>a</sup> No siempre se entiende por “*sifiloma*” la lesión nodular de la sífilis terciaria, sino que a veces se refieren de esta manera a la primoinfección sifilítica (hc-49, hc-148).

<sup>b</sup> En este historial se señala que la fecha de ingreso de la paciente fue en mayo de 1886, y la de alta en marzo de 1889 (hc-211-212). Sin embargo, debe existir un error, ya que la duración de los diferentes tratamientos dan una suma que ronda los 8 meses (y no tres años). Según la cronología que siguen los números de las historias clínicas, esta enferma debió ingresar en 1888, y no en 1886.

*de estos tubérculos es lisa y brillante, su consistencia dura; son indolentes; permanecen íntegros, sin excoriación ni erupción alguna, y sólo son asiento de una ligera picazón.”*

La clínica se resolvió tras unos meses de tratamiento con yoduro potásico, preparados mercuriales, hierro y tintura de yodo, modelándose de nuevo la cara de la enferma tras la curación (Figura 130).



**Figura 129**



**Figura 130**

*“Sífilide tuberculosa de la cara”* antes del tratamiento (Figura 129) y después (Figura 130).

En las figuras del Museo también se aprecian formas nodulares de sífilis terciaria que eran excepcionales incluso a finales del siglo XIX. Éste es el ejemplo de una sífilis acontecida en los codos de una mujer, que llamó poderosamente la atención de Azúa, dada la coexistencia de lesiones nodulares y gomosas en el mismo punto, siendo además los gomos de una consistencia más dura de lo normal. Se trata de la figura titulada *“Sífilis terciaria.- Sifilides tuberculosas de gran tamaño; infiltración profunda; probable invasión de los ganglios”* (Figura 131). La enferma era una lavandera que no refería haber padecido cuadros de sífilis primaria ni secundaria, aunque en la exploración se apreció una cicatriz antigua en el velo del paladar, considerada como un vestigio de una sífilis secundaria. Azúa describe las lesiones de los codos de esta forma (hc-291):

*“La consistencia de las lesiones superficiales era blanda, pero los nódulos profundos ofrecían mucha resistencia, eran de forma redondeada, mal limitados y se adherían a la parte profunda de la piel. [...] En algunas partes de la superficie se presentaban como retracciones cicatriciales del tejido celular, causa de la especie de pliegues que se observan en el modelo. La lesión en conjunto había evolucionado excéntricamente, y había sido primero superficial y difusa, y después había engendrado las tumorosidades profundas, no habiendo presentado dolor espontáneo en ningún tiempo.”*



**Figura 131**

*“Sifilide terciaria.-Sifilides tuberculosas de gran tamaño; infiltración profunda; probable invasión de los ganglios” (hc-291).*

A continuación, Azúa razona el diagnóstico de sífilis, mostrándonos un gran número de signos que son característicos de las formas terciarias (hc-291):

*“Por la cicatriz palatina, por el color, por la marcha excéntrica, por la falta de dolor, por la reabsorción parcial de las partes centrales, por el curso crónico, por la falta de infartos [adenopatías], por el aspecto de los nódulos profundos y por la forma de media luna formada por dos segmentos arriñonados, existentes en la parte inferior del*

*antebrazo derecho, se diagnosticó de sífilis terciaria en forma de infiltración tuberculosa profunda, en placa, de la piel y tejido celular.”*

Azúa piensa que la tumoración depende de la infiltración gomosa de un ganglio subyacente, aunque no pudo demostrar este hecho. El tratamiento mediante fricciones mercuriales y yoduro potásico mejoró rápidamente las lesiones superficiales, y, aunque de forma más lenta, también las profundas o “esclero-gomas”. Finaliza Azúa resaltando las particularidades del caso (hc-291):

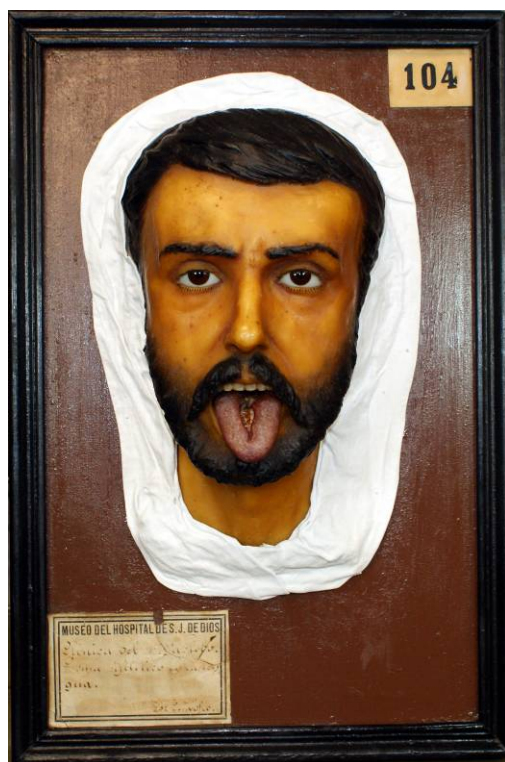
*“El caso resulta interesante por el enorme volumen de las lesiones, por la coexistencia en el mismo punto de lesiones profundas y superficiales, por ser de tipo esclero-gomoso (como lo demostraba la gran resistencia y el nódulo cicatricial que quedó de la tumoración profunda), y sabido es lo raro de estas formas esclero-gomasas en las infiltraciones gomosas de tipos redondos.”*

Otros gomas sífilíticos representados en el Museo se localizan a nivel frontal (hc-53, hc-225), en la nariz (fr-240), lengua (fr-100, fr-168, fr-400), genitales (hc-290, fr-57, fr-298) o en extremidades (fr-42, fr-188) (Figura 132 a Figura 135). Las dificultades diagnósticas de alguno de ellos pueden apreciarse en sus historias clínicas<sup>a</sup>. Una vez más, se debe recordar que hasta la primera década del siglo XX no se dispuso de pruebas complementarias para el diagnóstico de sífilis<sup>225</sup>, por lo que éste se basaba, en muchas ocasiones, en la respuesta al tratamiento o en los vestigios cutáneos y mucosos de haber padecido otro tipo de lesiones sífilíticas.

---

<sup>a</sup> Como ejemplo, puede leerse la problemática diagnóstica planteada con una úlcera en el cérvix: “A primera vista se confundía con un chancro sífilítico, pero la resistencia a su curación por los medios tópicos empleados provocó un examen más atento, que vino a aclarar el juicio, por las manifestaciones tardías que dejaron cicatrices en la piel e induraciones características en los ganglios, y los resultados pronto y favorables para la curación de la referida úlcera, evidenciando el diagnóstico encabezado en esta historia [úlcera gomosa]” (hc-290).





**Figura 132**  
*“Goma sifilítico en la lengua” (fr-400).*



**Figura 133**  
*“Sifilide gomosa de la lengua” (fr-100).*



**Figura 134**  
*“Sifilide ulcerogomosa de las márgenes del ano. Edema indurativo de los grandes labios. Sífilis. Tuberculosis. Histerismo” (fr-298).*



**Figura 135**  
*“Elefantiasis de genitales externos; cicatriz de goma ulcerada en el lado izquierdo” (fr-57).*

La clínica neurológica ocasionada por algunos gomas llega a ser bastante espectacular. En el historial titulado *“Sífilis terciaria: gomas periósticos frontales reblandecidos: periostosis gomosas de la cara interna del frontal: monoplegia sintomática”*, se relata el cuadro de una paciente que presentaba una tumoración blanda, *“y al parecer próxima a abrirse”*, a nivel frontal derecho (Figura 136). La enferma no refería más antecedentes que dolores óseos desde hacía dos años. La localización del goma explica la paresia del lado izquierdo del cuerpo, que Azúa describe minuciosamente (hc-225):

*“Notó en el brazo izquierdo y parte inferior de la cara dificultad y debilidad para los movimientos, que ha llegado a acentuarse hasta constituir una parexia, sobre todo en el brazo, bastante acentuada, y refiriéndose más a la fuerza contráctil de los músculos que a la extensión de los movimientos. No existen alteraciones de sensibilidad ni contracturas, pero sí ligero temblor.”*



**Figura 136**

*“Sífilis terciaria: gomas periósticos frontales reblandecidos [...]”* (hc-225).

Los síntomas cutáneos y neurológicos mejoraron rápidamente con dosis elevadas de yoduro potásico y fricciones mercuriales, consiguiendo el alta la enferma a los dos meses de iniciar el tratamiento. Sin embargo, Azúa le aconsejó que continuara con la administración del yoduro potásico *“por bastante tiempo”* (hc-225).



El sistema cardio-vascular es otro de los grandes afectados durante la sífilis terciaria. En el Museo se observan dos figuras representando sendos aneurismas de la aorta ascendente que protuyen en la piel, y que podrían corresponder a una manifestación cardio-vascular de la sífilis terciaria, si tenemos en cuenta la prevalencia de la sífilis en aquella época, la localización del aneurisma y la aparente juventud de los pacientes representados (fr-202, fr-253)<sup>a</sup>. En la figura que muestra el aneurisma aórtico de mayor tamaño, se observa, incluso, la dilatación de las arterias innominada y carótida izquierda, erosionando este gigante aneurisma parte del esternón, costillas y clavícula derecha (Figura 137). Esta localización, junto con la reabsorción ósea, constituyen signos característicos de los aneurismas aórticos de origen sifilítico, que de forma excepcional aún se pueden observar en el presente<sup>236, 237</sup>.



**Figura 137**  
“Aneurisma” (fr-253).

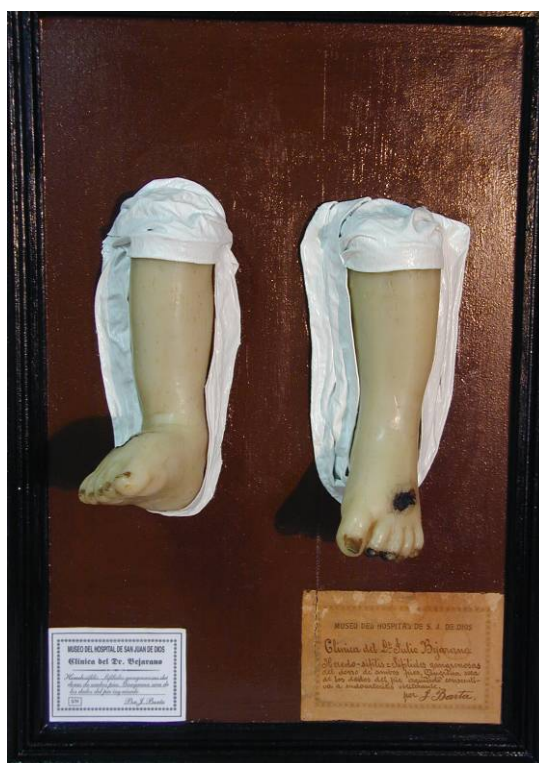
<sup>a</sup> Los enfermos representados con aneurismas no fueron atendidos por dermatólogos, sino por los Dres. Espina (fr-202) y Elizagaray (fr-253), por lo que puede apreciarse cómo el Museo no estaba cerrado a la aportación de otros especialistas. Como dato anecdótico, el Dr. Elizagaray, dedicado especialmente a la Cardiología, tuvo a su cargo a Pío Baroja, a quien reprochó repetidas veces “su afición a todo menos a la Medicina” (Granjel LS. La personalidad médica de Pío Baroja. *Medicina e Historia*. 1973. (Enero): 7-26.)

*Sífilis congénita*: Gracias a la baja prevalencia actual de sífilis y a las pruebas serológicas que se realizan de forma rutinaria a todas las embarazadas, la sífilis congénita sólo se observa hoy en día de forma muy excepcional. Sin embargo, en el Museo se aprecian algunas figuras representando esta patología, en estadios bastante avanzados. Una de ellas muestra las lesiones de rupia sifilítica en los antebrazos y manos de un niño de la Clínica de Sánchez-Covisa (Figura 138). En otro caso, se recogieron las lesiones isquémicas, de origen sifilítico, en los pies de un paciente de corta edad que fue atendido por Bejarano (Figura 139).



**Figura 138**

*“Sífilis congénita. Sifilide ulcerosa de tipo rupiforme” (fr-114).*



**Figura 139**

*“Heredo-sífilis. Sifilides gangrenosas del dorso de ambos pies. Gangrena seca de los dedos del pie izquierdo consecutiva a endo-arteritis obliterante” (fr-272).*

El modelado titulado “*Pénfigo sifilítico*” corresponde a un varón de 9 años con ampollas en una pierna, que según Sanz Bombín representaría una sífilis congénita (Figura 140). Este niño, sano por lo demás, residía en el Hospicio y se orinaba por las noches en la cama desde muy pequeño, algo que debía exasperar a las monjas que le cuidaban (hc-210):

*“[...] queriendo la Hermana de la Caridad quitarle esta costumbre, le amenazó con [...]”<sup>a</sup> si volvía a hacerlo; el niño, por temor al castigo, una noche se sujetó el miembro fuertemente con una cuerda, produciéndose un edema considerable del miembro; así estuvo todo el día sin decir nada, pero el edema iba en aumento, y pasándose a los testículos, por la noche tuvo fiebre y dificultad grande a la micción.”*



**Figura 140**  
“Pénfigo sífilítico” (hc-210).

El desdichado niño acabó ingresado en el Hospital de San Juan de Dios con una severa infección ocasionada por la retención urinaria. Tras el tratamiento con desbridamientos escrotales y curas tópicas, ya casi repuesto de aquel cuadro, surgieron unas vesículas en la región hipogástrica. Sanz Bombín pensó en una sífilide “y vio que efectivamente lo era, puesto que había infarto de los ganglios cervicales e inguinales”. Fue entonces tratado con píldoras de protoyoduro de mercurio y tridacio, pero pocos días después,

<sup>a</sup> Ilegible por rotura en el historial, aunque podemos imaginar que la amenaza de la monja estaría relacionada con la castración.

cuando se estaban resolviendo las ampollas hipogástricas, aparecieron nuevas ampollas en la piel de un tobillo, que se describen de la siguiente manera (hc-210):

*“Ampolla semejante a las flictenas de un vejigatorio, esférica, completamente blanca, rodeada de una aureola rojiza y asiento de picazón intensa; la epidermis que las forma se rompe con facilidad, dejando fluir un líquido cetrino, siendo reemplazadas por ulceraciones superficiales y costras delgadas que dejan manchas de color de heces de vino, que desaparecen poco a poco.”*

Según el diagnóstico ofrecido por Sanz Bombín, la sífilis padecida por este niño habría permanecido latente durante 9 años, sin haber ocasionado ningún síntoma hasta entonces. Esto resulta chocante, ya que la erupción ampollar de la sífilis congénita, o *“pénfigo sifilítico de los recién nacidos”*, se presenta en los dos primeros años de vida, y generalmente durante la época perinatal. Las ampollas suelen aparecer de forma bilateral, acompañándose de coriza, rágades u otras manifestaciones sifilíticas<sup>225, 238</sup>. Por ello, es posible que este niño padeciera una patología distinta a la sífilis<sup>a</sup>, aunque resultan interesantes las razones aducidas por Sanz Bombín para explicar la prolongada latencia en la presentación clínica (hc-210):

*“[...] esta clase de erupciones [pénfigo sifilítico], en la generalidad de los casos, no se presenta más que en los estados constitucionales hereditarios [...]; quizá la debilidad ocasionada por este padecimiento [la retención urinaria] haya sido la causa del desarrollo de la afección constitucional hereditaria que en período de incubación (si me permiten la frase) se encontraba en este individuo.”*

- - -

En conclusión, es difícil encontrar en la práctica diaria una clínica sifilítica tan variada como la que se muestra en el Museo Olavide. Tampoco en los tratados dermatológicos actuales se recogen de forma extensa los diferentes cuadros que puede ocasionar la sífilis, ya que la evolución de la infección se frena rápida y eficazmente con el uso de penicilinas. Nada nos dice, sin embargo, que por diferentes razones, como podría ser

---

<sup>a</sup> Uno de los posibles diagnósticos podría ser un impétigo ampolloso. Apoya esta posibilidad la unilateralidad de la erupción y el hecho de que las ampollas sean de contenido purulento.

una cepa de *Treponema pallidum* resistente a la penicilina, tengamos que enfrentarnos en el futuro a cuadros sífilíticos similares a los que existían hace un siglo. Nuestra inexperiencia acerca de estos casos retrasaría el diagnóstico y nos haría describir como originales cuadros clínicos que ya eran muy bien conocidos antiguamente. Los tratamientos empleados en aquella época, como el mercurio, el yoduro potásico y los derivados arsenicales, podría hacernos disponer de un “nuevo” arsenal terapéutico para casos desesperados. De ahí parte del valor que posee la conservación de este Museo, además de su evidente sentido histórico y artístico.

### ***Tiñas fávicas***

La tiña favosa o favus es una dermatofitosis originada fundamentalmente por el hongo *Trichophyton schoenleinii*. Las lesiones se desarrollan en el cuero cabelludo, piel lampiña o uñas, y aunque se puede observar en adultos, suele afectar a niños malnutridos o que viven bajo pobres condiciones higiénicas<sup>239</sup>.

Esta forma de tiña era una de las más frecuentes (si no la principal) entre las observadas en Europa durante el siglo XIX y comienzos del XX<sup>240, 241</sup>. Sin embargo, su incidencia disminuyó drásticamente a lo largo del siglo pasado, siendo hoy en día anecdóticos los casos de *tinea capitis* o *corporis* por *T. schoenleinii*, tanto en España<sup>242</sup> como en el resto de Europa<sup>241, 243</sup>. Incluso en las regiones donde aún se pueden observar casos de favus, como zonas aisladas de Asia, África y Sudamérica, esta patología es rara<sup>239, 244</sup>.

La tiña fávica se caracteriza clínicamente por sus escamas redondas, de color amarillento, que se encuentran fuertemente adheridas a la piel. Estas escamas presentan unos bordes elevados y una depresión central<sup>240</sup>, lo que confiere a esta tiña un aspecto que recuerda a las celdillas de un panal de miel<sup>a</sup>. Se extiende de manera lenta y suele producir una alopecia cicatricial tras la afectación del cuero cabelludo<sup>239, 245</sup>.

En el Museo se encuentran representadas tiñas favosas afectando, de forma local o generalizada, la piel, el cuero cabelludo o las uñas. Existen precisas descripciones de este peculiar tipo de infección, como la observada en la historia clínica de una niña de 12 años atendida por Olavide (hc-77) (Figura 141):

*“[...] de esta forma de la tiña, a ellas y no a otras corresponderán los caracteres siguientes: primeramente son circulares, del tamaño de un botón de camisa, convexas, perfectamente aisladas del resto de la piel, enucleables con el borde de una carta o tarjeta, y si entonces se desprenden dejan al descubierto una superficie rojiza, granulosa, pero que no da sangre, pus ni serosidad, la cual está formada por el dermis mucoso; el color de la costra es amarillo pajizo, notándose en su superficie ciertas*

---

<sup>a</sup> En latín, “*favus*” significa panal de abejas.



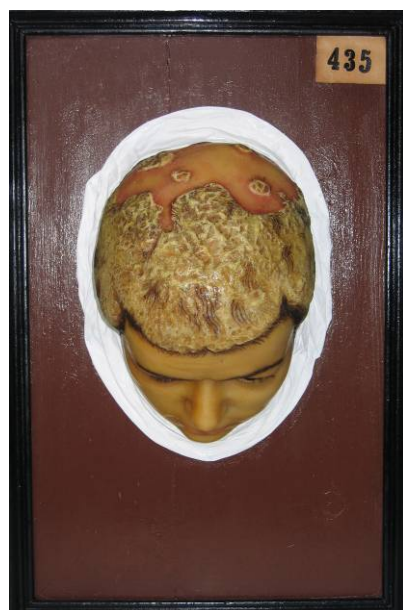
*líneas en espiral que desde la base se dirigen dando vueltas completas hasta lo que puede llamarse punta o ápice, donde terminan.”*



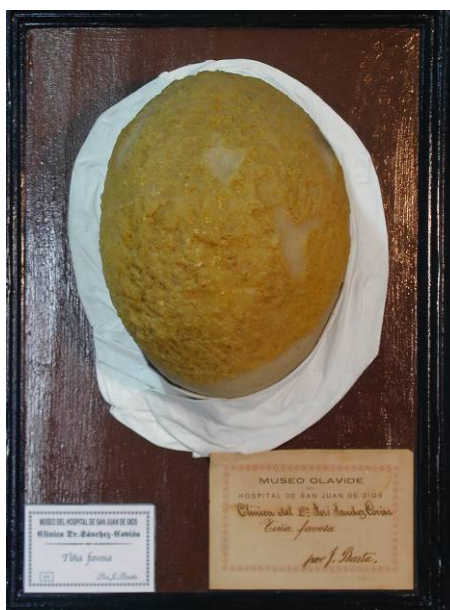
**Figura 141**  
*“Tiña favosa” (hc-77).*

Existen figuras de favus de largo tiempo de evolución que ocupan la totalidad del cuero cabelludo de niños y adolescentes (Figura 142 a Figura 144). En sus historiales se indica cómo habían sido tratados, antes del ingreso, con multitud de remedios, aunque sin resultado, bien por no emplear los tratamientos adecuados, o bien por no acompañarse éstos de la depilación y la constancia necesaria. Su ingreso hospitalario permitía realizar depilaciones consecutivas, una vez desprendidas las escamas mediante cataplasmas. A continuación, el tratamiento depilatorio se acompañaba de antimicóticos tópicos, como la breva, el sublimado o el timol, que conseguían la resolución de estos cuadros (hc-219, hc-g).





**Figura 142**  
“Tiña favosa” (hc-g).



**Figura 143**  
“Tiña favosa” (fr-190).

Uno de estos modelados contiene, incluso, cabello auténtico en la periferia de la gran costra fávica y en grupos aislados en su interior (Figura 144). Corresponde a un varón de 16 años (hc-219):

*“Recúbrese todo esta área por un casquete de costras de más de un centímetro de grosor, de color blanco amarillento, con islotes de pelos en número de 20 ó 30, por el casquete diseminados; las costras, secas en unas regiones, tenían serosidad transparente en otras y hasta algo de sangre.”*

Este chico se pudo contagiar, según se recoge en su historia clínica, tras haberse puesto por error la gorra de “un tiñoso” a la edad de cinco años. Sufrió después descamación y picor, que fue empeorando hasta ingresar once años más tarde en el Hospital de San Juan de Dios. Curiosamente, el paciente relataba cierto mareo con el esfuerzo físico<sup>a</sup> (hc-219):

*“[Las lesiones] no causan dolor ni alteraciones en ningún aparato, excepto en el nervioso, que cuando empezaba a sudar se atontaba (según frase del enfermo),*

<sup>a</sup> Esto podría estar en relación con el aumento de la temperatura encefálica, al no poderse evaporar correctamente el sudor, dada la extensión de la tiña.

*impidiéndole esto dedicarse a sus habituales trabajos que en consonancia con sus años ejecutaba en el campo.”*



**Figura 144**  
“Tiña favosa” (hc-219).

Mediante el tratamiento con cataplasmas para desprender costras y escamas, unturas con la pomada de timol y la depilación con pinzas, el enfermo fue mejorando, e incluso llegó a recuperar el pelo en algunas de las zonas afectas (hc-219):

*“Lleva el enfermo tres meses en la clínica y se ve que la cabeza va cubriéndose de pelos, que aumentan en número, habiendo pocas calvas, por lo que es de creer que su curación sea radical y completa.”*

En el Museo también se muestran figuras representando tiñas fávicas en la piel lampiña (hc-77, fr-17, fr-72, fr-357, fr-395) y uñas (fr-375, fr-377) (Figura 145).



**Figura 145**  
*“Favosa de las uñas” (fr-375).*



**Figura 146**  
*“Granuloma fávico del codo. Atrofia cicatricial post-fávica del tercio inferior del brazo” (fr-357).*

Asimismo, se observan formas más profundas y cicatriciales, como la representada en el modelado denominado “*Granuloma fávico del codo. Atrofia cicatricial post-fávica del tercio inferior del brazo*” (Figura 146).



**Figura 147**  
“*Tiña favosa generalizada*” (fr-17).

Las figuras que muestran una tiña favosa generalizada reflejan lesiones con abundante hiperqueratosis (Figura 147). Una descripción de esta forma se puede apreciar en el historial de una niña de 8 años, ingresada por una tiña diseminada con lesiones hiperqueratósicas, rodeadas de un halo eritematoso (hc-132):

*“Hará como unos seis meses le apareció en el cuerpo y extremidades, y más tarde en la cabeza, una erupción, cuyas costras fueron aglomerándose, de color amarillento, las cuales en lugar de ceder siguieron en aumento [...]”*

*“Presenta en toda la superficie del cuerpo costras de favus que forman grandes placas, sobre todo en la cabeza, regiones sacra y glútea. Estas costras son elevadas sobre el nivel de la piel, formadas por la reunión de capas concéntricas, de aspecto y consistencia córnea y de color blanco amarillento uniforme. La piel que rodea a las costras presenta una areola inflamatoria de color rojo, y cuando se desprende alguna costra, la piel subyacente se encuentra pálida, escavada y como atrofiada.”*



La forma fávica generalizada se encuentra fielmente reflejada en una espectacular figura de cuerpo entero que muestra a un niño acostado sobre un lecho (Figura 148). El modelado no presenta historia clínica, pero poseemos más datos gracias a que Rafael López Álvarez, último escultor del Museo, se refiere a él en una entrevista concedida al periódico ABC en 1966. Se trataba de un niño que permaneció ingresado hacia 1925. Curiosamente, el mismo paciente, 30 años más tarde, intentó comprar su modelado “como un recuerdo de sus años difíciles”<sup>51</sup>:



**Figura 148**  
*“Tiña favosa generalizada” (fr-395).*

*“Hace cuarenta años, poco más o menos, ingresó en San Juan de Dios un muchachito de unos doce años, que padecía una tiña generalizada que le convertía en un auténtico monstruo. Estuvo internado unos meses y, como su caso era realmente curioso, modelamos su figura. Luego el niño salió curado y no volvimos a saber de él. Y, de repente, hace diez años, recibimos una carta de América, de Nueva York. El niño se había convertido en un auténtico millonario y preguntaba si la figura que hicimos de su piel cuando estaba enfermo continuaba en el Museo. Al contestarle que sí, quiso comprarla a toda costa, como un recuerdo de sus años difíciles. Sin embargo, la figura,*

*una de las dos de cuerpo entero de que consta la colección –la otra es de una mujer–, siguió aquí. Ya veremos para qué”<sup>a</sup>.*

Hasta mediados del siglo XX se siguieron observando en España casos aislados de tiñas fávicas diseminadas. A pesar de lo espectacular de la dermatofitosis, la respuesta a la griseofulvina es muy rápida y eficaz<sup>246</sup>. El éxito de este tratamiento es uno de los responsables de la erradicación de estos cuadros, junto con el aumento del nivel de vida y la mejoría de las condiciones higiénicas.

---

<sup>a</sup> La entrevista fue realizada a la hora de embalar las figuras para cerrar el Museo en 1966. El desencanto de Rafael López Álvarez por la clausura de la colección es palpable a lo largo de toda la entrevista.

### ***Tuberculosis cutáneas***

La incidencia de tuberculosis en Europa comenzó a disminuir lentamente tras alcanzar su máximo hacia el año 1800. A partir de 1950, principalmente gracias al empleo de una antibioterapia curativa, la proporción de nuevos casos de tuberculosis disminuyó de forma drástica. Sin embargo, desde la década de 1980 asistimos a un leve resurgimiento de esta enfermedad, coincidiendo con la pandemia de SIDA<sup>247</sup>. A pesar de ello, la incidencia existente en los países más desarrollados continúa siendo mucho más baja que hace un siglo. La afectación dermatológica aparece en el 1-2% de los pacientes con tuberculosis<sup>248</sup>, por lo que actualmente las formas cutáneas sólo se observan de forma excepcional. Además, la expresividad clínica de los casos existentes hoy en día es menor, debido a que la antibioterapia es capaz de abortar la infección en un estadio más precoz.

En la colección del Museo se pueden apreciar diferentes figuras e historias clínicas que reflejan la afectación dermatológica de la tuberculosis, y que por presentarse de forma excepcional en nuestro medio, merecen ser comentadas en este apartado. Cabe señalar que muchos de los pacientes diagnosticados de “*escrofulides*” o “*lupus*” (aunque no todos) presentaban diferentes formas de tuberculosis cutánea. El término “*escrofulide*” designa el carácter ulceroso, purulento y crónico de un proceso, mientras que por “*lupus*” se entiende aquello que produce una destrucción a nivel local<sup>a</sup>. En la confección de este apartado se ha seguido la nomenclatura que utilizamos en el presente.

**Lupus vulgar:** Esta forma de tuberculosis cutánea se observa ampliamente representada en el Museo, en todas sus variantes. Se aprecian figuras con lesiones tuberculosas constituidas por máculas y pápulas marrones, con o sin ulceraciones y costras, que asientan generalmente en la cara y van destruyendo lentamente los tejidos (hc-85, hc-c, hc-d, fr-124, fr-131, fr-133, fr-172, fr-174) (Figura 149 a Figura 152).

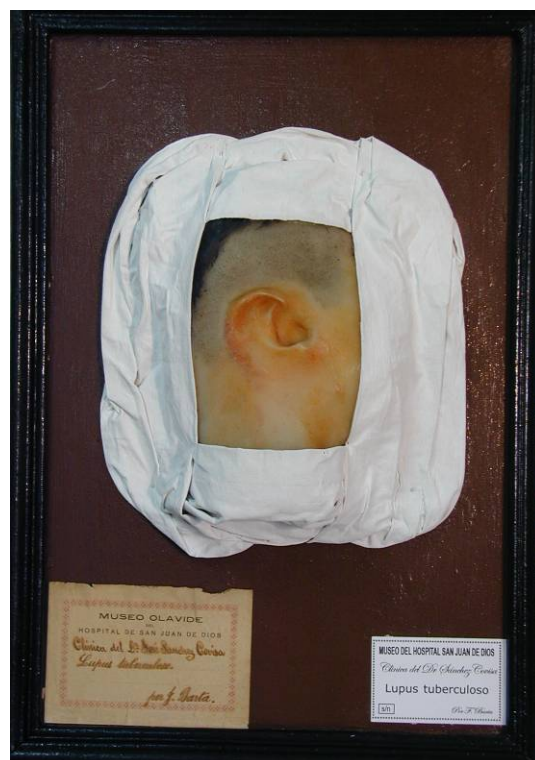
---

<sup>a</sup> Ver los apartados sobre *escrofulides* y *lupus* en la sección *Aclaraciones sobre determinados diagnósticos*.

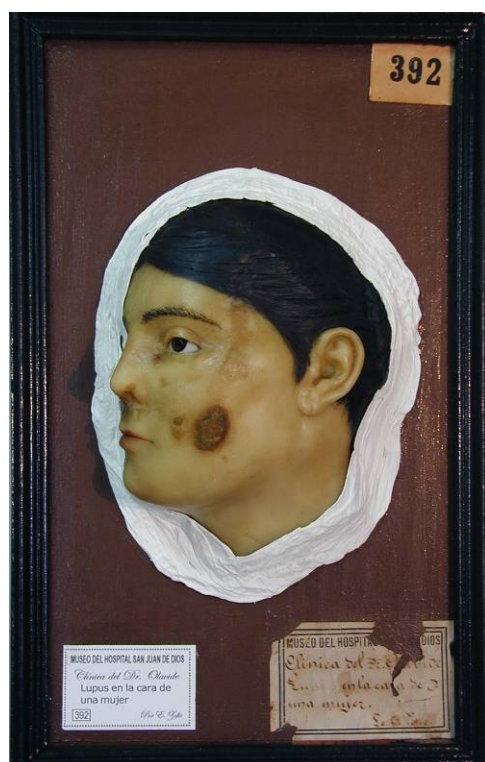




**Figura 149**  
“Lupus escrofuloso de la cara” (hc-85).



**Figura 150**  
“Lupus tuberculoso” (fr-174).



**Figura 151**  
“Lupus en la cara de una mujer” (fr-172).



**Figura 152**  
“Lupus” (fr-131).

También existen formas más superficiales de lupus vulgar, con tendencia a configuraciones anulares y sin tanta cicatrización (fr-134, fr-135) (Figura 153); o lesiones hipertróficas, con un componente nodular más profundo (Figura 154) y que semejan los gomias sifilíticos, con los que realizaban el diagnóstico diferencial de forma clínica<sup>249</sup>.



**Figura 153**  
“Lupus tuberculoso papilomatoso” (fr-134).



**Figura 154**  
“Rinoescleroma escrofuloso” (hc-94).

En los historiales de los pacientes afectados de un lupus vulgar se describe la aparición sucesiva de pápulas y nódulos en la piel de la cara, curando con cicatrizaciones más o menos extensas, y con frecuentes erisipelas faciales complicando el proceso (hc-85, hc-90, hc-94). Un ejemplo de ello lo encontramos en la evolución que ha seguido el “lupus escrofuloso” de un varón de 31 años (hc-85) (Figura 149):

*“Comenzó su afección actual a los 15 años, por un tuberculito en la mejilla izquierda, que desapareció a beneficio de cauterizaciones, dejando una cicatriz que aún hoy se ve. Poco después se le presentó un tubérculo análogo en el mismo lóbulo de la nariz, que se cubrió de costras y fue creciendo en extensión muy lentamente y corroyendo la parte.*

*Estado actual.- Presentaba el lóbulo de la nariz, alas y parte del labio superior reemplazados por una ulceración cubierta de una costra gruesa, áspera, de color*

*amarillento y seca, que cuando se caía dejaba ver una superficie rojo-sucia, desigual, dura y con escasa o nula supuración. El lóbulo y las alas de la nariz y la parte antero-inferior del tabique no existían corroídas por la invasión del mal. [...] A los dos meses de su estancia en la sala, se presentó la erisipela facial [...].”*

La forma de contagio parece ocurrir, en la mayoría de los enfermos representados, por extensión linfática o por contigüidad, aunque en la etiqueta de una de estas figuras, con un lupus vulgar que afecta la mano, se puede leer que el contagio se debía a la “*auto inoculación de tuberculosis laríngea*” (fr-135).

También quedan reflejadas las diferentes medidas terapéuticas contra ésta y otras formas de tuberculosis cutánea. El tratamiento se basaba en la cauterización de las lesiones más superficiales, acompañado de la administración oral de yodo en una solución alcohólica y de aceite de hígado de bacalao. Dado el escaso éxito de estos remedios, era frecuente que los enfermos solicitaran el alta tras haber permanecido ingresados durante meses<sup>a</sup>. Algunos pacientes se desplazaban a tomar “*baños de mar*” (hc-175, hc-d), pasaban estancias en balnearios (hc-86, hc-149) o buscaban someterse a novedosos ensayos terapéuticos, como el realizado con “*la linfa de Koch*” (hc-d). Éste fue un estudio, semejante a la vacunación con BCG, que Azúa llevó a cabo entre diciembre de 1890 y febrero de 1891. Sin embargo, los resultados obtenidos fueron desalentadores, cuando no dramáticos, por lo que el ensayo fue abandonado<sup>250</sup>.

---

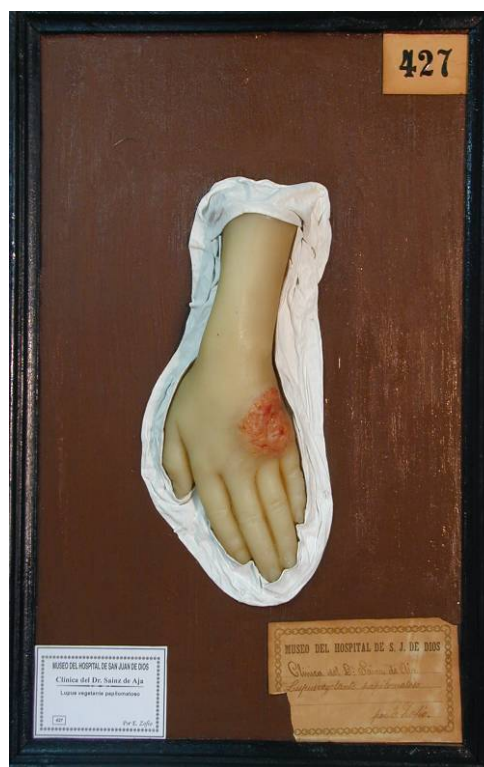
<sup>a</sup> Puede observarse un ejemplo de la ineficacia de los diferentes remedios empleados en una paciente afecta de un escrofuloderma tuberculoso: “[...] consultando con un médico, la propinó diferentes pomadas, y al interior el aceite de hígado de bacalao y la tintura alcohólica de iodo en el vino; después, visto que nada conseguía, se fue cuatro años consecutivos a tomar baños de mar, obteniendo un resultado satisfactorio. A los dos años siguientes, y cuando creía haberse descartado de tan penoso mal, un nuevo brote la obligó a ingresar en este Establecimiento. [Se han utilizado durante el ingreso] cuantos medios aconseja la ciencia en tales casos, pero todos ellos han sido infructuosos, porque si bien ha conseguido un alivio pasajero, no se ha completado la curación, y permanece en la clínica.” (hc-175).



*Tuberculosis verrucosa cutis*: La tuberculosis verrucosa cutis se encuentra representada en algunas figuras, bien bajo este mismo nombre o con sinónimos como “*tuberculosis de Riehl y Paltauf*” (Figura 155), “*lupus vegetante papilomatoso*” o “*lupus papilomatoso córneo*” (fr-175, fr-191, fr-245, fr-399). El componente hiperqueratósico no se aprecia adecuadamente en los modelados que aún no han sido restaurados (Figura 156).



**Figura 155**  
“*Tuberculosis verrucosa cutánea de Riehl y Paltauf*” (fr-191).



**Figura 156**  
“*Lupus vegetante papilomatoso*” (fr-175).

En otro caso, la tuberculosis verrucosa se representa en la planta de un pie, donde se observa una placa en la que existen zonas de hiperqueratosis maceradas alternando con erosiones y, delimitando la lesión, el borde de avance de la tuberculosis (Figura 157).



**Figura 157**  
*“Lupus papilomatoso córneo” (fr-399).*

**Escrofuloderma:** Las lesiones de escrofuloderma, caracterizadas por la exudación cutánea de material purulento y necrótico que proviene de un asiento más profundo de la tuberculosis, eran observadas antiguamente con mucha frecuencia, ya que los antisépticos empleados en el tratamiento no conseguían alcanzar los focos profundos de infección<sup>251</sup>. La evolución de estos abscesos, que van apareciendo y cicatrizando sucesivamente, se señala perfectamente en algunas historias clínicas (hc-175):

*“M. M., de 16 años de edad, soltera, sirvienta, natural de Cangas de Tineo, Oviedo, de temperamento linfático, idiosincrasia escrofulosa: como antecedentes hereditarios refirió que sus padres murieron tuberculosos, y ella, después de padecer las afecciones de la infancia, a los siete años notó la aparición de un flemón en la región suprahioidea; este flemón, que al principio era duro e indolente, se hizo blando, fluctuante, privando a la piel de sus bridas vásculo-nerviosas, se abrió el pus paso al exterior, continuando abierto por espacio de 20 días; pasados éstos, un nuevo absceso en la misma región la obligó a guardar cama, y cuando se hallaba en supuración notó la existencia de otros dos flemones en las regiones malares; tanto éstos como aquél fueron curados después de supurar por un espacio de tiempo bastante prolongado; pasados seis meses un nuevo absceso, situado en la región suprahioidea, vino a turbar la tranquilidad que gozaba; curada de él pasó bastante tiempo sin tener molestia alguna, pero hace cinco años notó que, consecutivo a tres días de malestar y fiebre, la aparecieron una serie de tumorcitos en todo el cuerpo y especialmente en la cara y cuello<sup>a</sup>.”*

Se observan figuras donde, más que los abscesos, se aprecian los trayectos fistulosos que drenan desde adenitis cervicales y parotídeas, como la titulada “*Escrofulide exudativa de la cara y cuello*” (Figura 158), que corresponde a un niño de 8 años afecto de un escrofuloderma tuberculoso (hc-87):

*“Presenta en todo el lado derecho de la cara y del cuello, ocupando por consiguiente una considerable extensión, una erupción formada por pústulas pequeñas, rojizas, muy apiñadas, cubiertas en parte por costras de color amarillento, desiguales, gruesas y que se desprenden con facilidad. Toda la piel en que asienta la erupción pustulosa está muy*

---

<sup>a</sup> Esta última complicación parece corresponder a una tuberculosis miliar que agravó el proceso.

*rubicunda, como exulcerada, y dando lugar a una abundante secreción sero-purulenta. En la frente, en la oreja y en el cuero cabelludo existen pequeñas pústulas aisladas, de iguales caracteres que las ya descritas. Existen también infartos en los ganglios linfáticos del lado derecho del cuello. La erupción causa un ligero prurito. El estado general está bastante debilitado, sin ofrecer nada de particular.”*



**Figura 158**  
*“Escrofúlida exudativa de la cara y cuello” (hc-87).*

En otros modelados se representan tumoraciones de asiento más profundo, dependientes de adenopatías axilares y focos torácicos (Figura 159) o de articulaciones. Éste último es el caso de la figura titulada *“Tumor blanco en la pierna izquierda de un hombre”*, que muestra dos masas sobre la rodilla que fistulizan a la piel (Figura 160). Se trata de un paciente del Dr. Isla, y si bien la figura no se acompaña de historia clínica, parece probable que el enfermo sufría una tuberculosis articular en la rodilla, con la formación de un absceso y su fistulización a la piel.





**Figura 159**  
“Lupus” (fr-171).



**Figura 160**  
“Tumor blanco en la pierna  
izquierda de un hombre” (fr-41).

Por “tumor blanco” se entendía antiguamente aquella tumoración que depende de tejidos profundos, sobre todo articulares, y que presenta poca o ninguna inflamación superficial<sup>252</sup>. Aunque estos tumores podían obedecer a múltiples causas, una de las más frecuentes era la tuberculosis, afectando a individuos de tendencia “*linfática y escrofulosa*”<sup>253</sup>. De todos modos, el término de “tumor blanco” se encontraba ya en desuso y criticado durante la segunda mitad del siglo XIX, por inespecífico<sup>254</sup>.

*Secuelas cicatriciales:* Algunos modelados muestran graves retracciones tisulares ocasionadas por la cicatrización de cuadros de lupus vulgar o de escrofuloderma (hc-86, hc-175, fr-172, fr-224). Un ejemplo de ello se observa en la figura titulada “*Lupus*” (Figura 161), correspondiente a un paciente atendido por Azúa, y que refleja la contractura en flexión de los dedos de una mano, debido a una importante esclerosis. Alrededor de las cicatrices del dorso de la mano y antebrazo se aprecian pápulas marronáceas, indicando la zona de actividad de la tuberculosis.



**Figura 161**  
“*Lupus*” (fr-224).

Otro caso corresponde al modelado de una mujer de 16 años que sufría desde la infancia lesiones de escrofuloderma en la cara y cuello. Los diferentes abscesos y fístulas se resolvían dejando profundas cicatrices retráctiles en la hemicara derecha (Figura 162). Los labios se encuentran prácticamente destruidos, y sobre ellos asienta una úlcera, que debido a los movimientos masticatorios no termina de cicatrizar (hc-175):

*“Decúbito indiferente; piel con la coloración normal, excepto en la cara y cuello, en donde presentó unas retracciones viciosas como consecuencia de los abscesos que había padecido; coincidiendo con las retracciones, la piel de estos sitios presentaba*

*una coloración rojo lívida, apreciándose también una serie de infartos de los ganglios linfáticos [...]*”



**Figura 162**

*“Lupus escrofuloso fagedénico en periodo de reparación” (hc-175).*

*“[...] en el borde libre del labio inferior, hacia la comisura labial del lado derecho, se percibía una úlcera perfectamente circular, de fondo sucio, con una capa lardácea y los bordes rojizos; esta úlcera, que era indolente, la originaba molestias de consideración, tanto más, cuanto que por su implantación tenía necesariamente que ser estimulada de continuo con los alimentos de que hacía uso para su sostenimiento.”*

Linfedemas tuberculosos: La tuberculosis linfática, o las erisipelas que frecuentemente complican las formas cutáneas, pueden producir hipertrofias tisulares de proporciones considerables. Por “*elefantiasis lúpica*” se entendía hace un siglo el cuadro linfedematoso originado por la afectación ganglionar de la tuberculosis, con la consiguiente obstrucción linfática, que acontecía a partir de un foco en el pie<sup>255</sup>. Este tipo de linfedema se encuentra reflejado en la colección del Museo (Figura 163 y Figura 164). En esta última figura, la piel del miembro hipertrófico de un niño de 12 años, afectada igualmente por el proceso tuberculoso, es descrita por el Dr. Acín como semejante a “*la corteza del queso seco*” (hc-88-89):



**Figura 163**

“*Lupus venicoide [sic] esclero-papilomatoso e infiltración tuberculosa difusa de la piel*” (fr-282).



**Figura 164**

“*Lupus hipertrófico en la pierna de un joven*” (hc-88-89).

“[...] en el pie correspondiente al lado derecho se observa desde la punta de los dedos hasta el tercio superior de la pierna, un abultamiento considerable de todos los tejidos, cuyo aspecto rugoso y desigual simula la corteza del queso seco, y que exuda un líquido amarillento que se concreta para formar costras superficiales de un color igualmente al de dicho exudado, hipertrofia que está limitada por una zona tumefacta y rojiza en la piel sana y que sólo se encuentra en la cara plantar, bordes externo e interno del pie, talón y tercio superior de dicha extremidad.”



*Complicaciones neoplásicas:* La cronicidad de las lesiones ocasionadas por la tuberculosis cutánea puede dar lugar al desarrollo de carcinomas cutáneos, generalmente de tipo escamoso, que presentan además una alta incidencia de metástasis. A comienzos del siglo XX, cuando la tuberculosis constituía una enfermedad crónica, se estimaba que estos epitelomas ocurrían en el 10% de los pacientes afectados de lupus vulgar<sup>116</sup>. Una de las figuras recuperadas muestra este tipo de complicación, reflejando lo que parece un carcinoma espinocelular en la mejilla de un adulto con lupus vulgar (Figura 165).

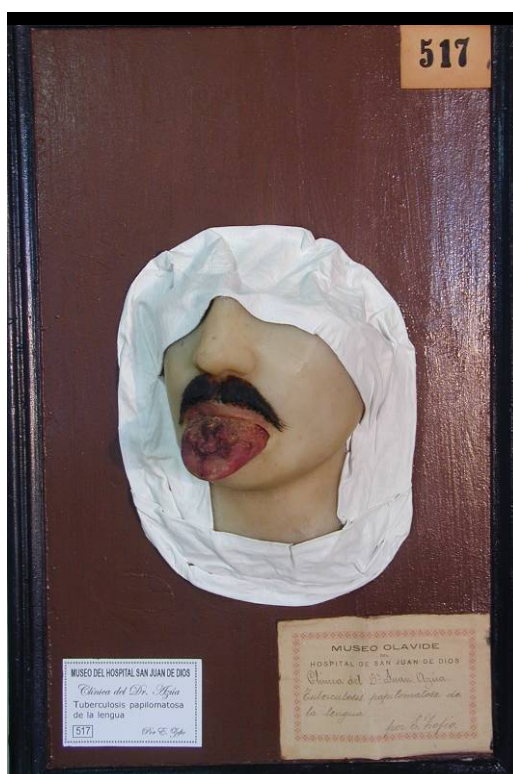


**Figura 165**  
*“Lupus tuberculoso. Epitelioma”* (fr-358).

*Tuberculosis orificial:* La tuberculosis orificial se debe a la autoinoculación del bacilo a partir de la afectación de órganos internos, y suele ser un signo de tuberculosis avanzada. En el Museo se observa una figura que representa las úlceras perianales y la induración vulvar de una mujer afecta de sífilis y tuberculosis de forma concomitante (vid Figura 134 en pág. 201).

Otra singular figura corresponde a la titulada *“Tuberculosis papilomatosa de la lengua”* (Figura 166). Si bien el modelado no se acompaña de historia clínica, este mismo caso fue publicado por Azúa en la revista *Actas Dermosifiliográficas*<sup>256</sup>. Se trataba de un

paciente con una tuberculosis avanzada, ya que también sufría lesiones pulmonares, con “*muy abundantes bacilos en los esputos*”, y una epididimitis tuberculosa.



**Figura 166**  
“*Tuberculosis papilomatosa de la lengua*” (fr-146).

Azúa señala que en la lengua, en vez de una ulceración, como ocurre en la tuberculosis orificial, se presenta una superficie oval, de color rosado oscuro, formada por “*un conglomerado de granulaciones*”. No existían erosiones, y al tacto se percibía una induración esclerosa. Dada la rareza de esta presentación clínica de la tuberculosis (la esclerosis en una zona de la lengua, en vez de ulceración), y su posible confusión con lesiones sifilíticas<sup>a</sup>, Azúa solicitó el modelado de la figura y publicó los detalles del caso<sup>256</sup>.

<sup>a</sup> De hecho, Azúa realizó un tratamiento tentativo con dos inyecciones de calomelanos (mercurio), ante la posibilidad de que se tratara de una sífilis terciaria, sin obtener resultados.

***Tubercúlides:*** Hoy en día se consideran tubercúlides el liquen escrofuloso, la tubercúlida pápulo-necrótica, el eritema indurado de Bazin y el eritema nudoso<sup>257</sup>. Sin embargo, en el pasado hubo bastante confusión acerca de este concepto, y se catalogaron como tubercúlides patologías que actualmente no cumplirían los criterios aceptados para ser considerados como tales<sup>251</sup>. Durante las primeras décadas del siglo XX, se sospechaba la participación del bacilo tuberculoso en el eritema indurado o la tubercúlida pápulo-necrótica, pero también en cuadros como la sarcoidosis, el liquen nitidus, la pitiriasis rubra pilar o el lupus eritematoso<sup>258</sup>.



**Figura 167**

*“Tubercúlides keratólicas y eritematosas en placas y festones simulando un lupus tuberculoso córneo” (fr-19).*



**Figura 168**

*“Tubercúlides pápulo-pustulosas: estado atfísico [sic] de la piel poco acentuado” (fr-145).*

De esta forma, encontramos un modelado, titulado *“Tubercúlides keratólicas y eritematosas en placas y festones simulando un lupus tuberculoso córneo”*, que representa unas placas marronáceas en manos y pies, muy similares a las lesiones del lupus vulgar (Figura 167). Faltan datos para afirmar que se trate de una verdadera tubercúlida, como señala Azúa en la etiqueta de la figura<sup>a</sup>.

<sup>a</sup> Puede que este paciente padeciera la variedad diseminada de lupus vulgar conocida como lupus post-exantemático.



En el historial de otra figura, diagnosticada de “*Lupus escarótico*”, se relata un cuadro de necrosis cutáneas, rodeadas por un halo violáceo, que aparecen en una mujer con tuberculosis. Podría tratarse de un cuadro de vasculitis, asociada o no al proceso infeccioso (hc-172).

La tuberculide pápulo-necrótica se puede observar en la figura denominada por Azúa “*Tuberculides pápulo-pustulosas en periodo papuloso: estado atfísico [sic] de la piel poco acentuado*” (Figura 168). Representa el antebrazo y mano izquierdos, con pápulas y pústulas, donde la necrosis (“*estado asfíxico*”) aún no se ha desarrollado.

- - -

En definitiva, la colección del Museo Olavide posee varios ejemplos de tuberculosis cutáneas que hoy en día son excepcionales o inexistentes en nuestro medio. A través de sus historias clínicas se puede apreciar la cronicidad de esta infección y la escasa respuesta a los tratamientos empleados antes de la era antibiótica. La nomenclatura encontrada es diferente a la manejada en el presente, y si bien muchas de las figuras catalogadas como *escrofúlides* y *lupus* corresponden a casos de tuberculosis, con estos términos los médicos de la época no hacían más que referirse a las características clínicas de determinadas lesiones, y no a entidades patológicas *per se*.

## *Lepra*

La lepra continúa siendo un problema de Salud Pública en muchos países subdesarrollados. A nivel mundial, existen 600.000 nuevos casos al año, la mayoría de ellos en el subcontinente indio. Sin embargo, desde que en 1943 se hicieron públicos los primeros éxitos terapéuticos con sulfonas, se inauguró una época en la que es posible la curación de esta enfermedad<sup>259</sup>. En España, a lo largo del siglo XX se llevaron a cabo importantes esfuerzos para la profilaxis de la lepra, asentados en campañas de educación, medidas legislativas y el trabajo realizado en diferentes leproserías y dispensarios<sup>260</sup>. Gracias a ello, junto con la existencia de un tratamiento curativo, la incidencia disminuyó radicalmente. Así, desde la década de 1990 se declaran en nuestro país en torno a 15 nuevos casos al año<sup>261</sup>, la mayoría de ellos en inmigrantes de África y América Latina<sup>262</sup>, lo que constituye una incidencia infinitamente menor a la existente a finales del siglo XIX y comienzos del XX.

En el Museo se observan varias figuras que reflejan cuadros leprosos, en general de casos avanzados y graves que no observamos en el presente. Los diagnósticos encontrados pueden llevar a confusión, ya que algunos de estos modelados están catalogados como “*lepra tuberculosa*”, cuando reflejan lesiones propias de la forma lepromatosa, y no de la tuberculoide (hc-127, hc-179-180-181, hc-234, hc-235). Estas figuras corresponden al último tercio del siglo XIX, época en la que se seguía la clasificación propuesta por Danielssen y Boeck en 1847, que dividía la lepra en dos formas: la lepra tuberculosa, en la que existen nódulos (lepromas); y la forma anestésica, donde las alteraciones de la sensibilidad son más prominentes<sup>263</sup>. Por lo tanto, por “*lepra tuberculosa*” no debe entenderse lo que hoy denominamos lepra tuberculoide, sino más bien las formas lepromatosas de la enfermedad.

La lepra tuberculoide fue descrita por Jadassohn en 1898<sup>264</sup>, mientras que la clasificación seguida actualmente para las diferentes formas de lepra deriva del trabajo realizado por Rabello y otros leprólogos sudamericanos a mediados del siglo XX, distinguiendo las formas tuberculoide, lepromatosa y *borderline* o dimorfa<sup>265</sup>. A la hora de analizar las figuras del Museo, deben tenerse en cuenta los diversos cambios que han existido durante el siglo XX en estas clasificaciones.

Una gran parte de las figuras recuperadas representa formas de **lepra lepromatosa**, denominada en esta colección “*lepra tuberculosa*”. Un ejemplo de ello lo podemos apreciar en la historia clínica de un varón de 59 años, natural de Lugo, que ingresó en 1880 por presentar, desde hacía siete años, nódulos en la cara sobre una piel atrófica (hc-127):

*“Presenta en las cejas, nariz, carrillos, frente y mentón, tubérculos planos, difusos, poco elevados, extensos y mal limitados; de color rojo claro, algunos con arborizaciones vasculares visibles a simple vista; la piel de estos tubérculos es muy lisa, brillante; su consistencia es dura; son indolentes. No tienen ni la menor costra, excoriación ni erupción, sino que permanecen íntegros.”*



**Figura 169**  
“*Lepra tuberculosa de la cara*” (hc-127).

En su figura se puede observar, además, la alopecia de cejas y pestañas, y lo que parece corresponder a un leproma escleral en el ojo derecho (Figura 169). Estas lesiones oculares no pasaron desapercibidas para Olavide (hc-127):

*“En la conjuntiva ocular, existen producciones tuberculosas de igual naturaleza que las de la cara; en el ojo derecho hay dos, una debajo de la córnea y otra correspondiendo casi al centro de esta membrana, de forma redondeada y tamaño de una lenteja, que disminuye el campo visual. El estado general de este enfermo se manifiesta bastante deteriorado.”*

A pesar de los intentos terapéuticos con tintura de yodo y diversas medidas tópicas, nada se pudo hacer para detener el avance de la enfermedad (hc-127):

*“El enfermo fue perdiendo cada vez más, y en un estado deplorable de emaciación, y con síntomas tíficos, dejó de existir al año de haber ingresado en este hospital.”*



**Figura 170**  
*“Lepra tuberculosa” (hc-235).*

Los lepromas faciales se aprecian mejor en el modelado de un varón de 30 años que permaneció ingresado a cargo de Olavide en 1890 (Figura 170). El enfermo sufría, desde hacía cuatro años, la aparición de pápulas y nódulos indolentes (hc-235):

*“[...] particularmente en la cara y manos, se observan grandes manchas o lamparones, gruesos tubérculos agrupados, de color obscuro cobrizo, resultando los músculos de la*

*cara, sobre todo los de las cejas, nariz y labios, abultados en extremo, hasta desfigurar al enfermo con esa facies especial leonada de los leprosos.*

*Sus manos están aporradadas y sus dedos muy gruesos que le impiden juntarlos, careciendo en absoluto de sensibilidad táctil.*

*Es indudable, vistos los síntomas apuntados y el estado actual del enfermo, que se trata de una lepra tuberculosa, y en el segundo período, fácil de diagnosticar por sus caracteres patognomónicos, y cuya curación, dado el estado actual de la ciencia sobre este punto, es dudosa.”*

Con “*el segundo periodo*” de la lepra “tuberculosa” (lepromatosa) se refieren al estadio en el que las lesiones nodulares son predominantes, dentro de una escala de cuatro periodos, que abarca desde la fase maculosa, a las úlceras, destrucciones tisulares y grandes edemas de la lepra lepromatosa más avanzada<sup>266</sup>.



**Figura 171**  
*“Lepra tuberculosa ulcerada” (hc-179-180-181).*

La forma ulcerada de la lepra lepromatosa se puede apreciar en el modelado correspondiente a un varón de 27 años de edad, natural de Sevilla (Figura 171). Su

historia clínica relata cómo los primeros síntomas se manifestaron en Puerto Rico<sup>a</sup> (hc-179-180-181):

*“[...] habiéndole tocado ser soldado, le destinaron a Puerto Rico, en donde observó, consecutiva a dos días de fiebre alta, una serie de tubérculos en todo el cuerpo.”*

Tras ser dado de baja en el ejército, el enfermo regresa a Sevilla. Más tarde, debido a que la enfermedad sigue avanzando, decide trasladarse a Madrid e ingresar en el Hospital de San Juan de Dios. En ese momento presentaba diversas úlceras y pérdidas tisulares cubiertas por costras (hc-179-180-181):

*“Se halla invadido de una serie de costras formadas por la yuxtaposición de capas, debajo de las cuales al desprenderse dejaban una ulceración; en el borde radial del antebrazo izquierdo existía una ulceración; en la cara dorsal de la mano correspondiente, una serie de costras; en la terminación de los dedos, ulceraciones extendidas en sustitución de las uñas; en la mano y antebrazo derecho se percibían las mismas lesiones citadas; la cara estaba vultuosa, con infarto de los ganglios linfáticos; la respiración era frecuente, el pulso muy frecuente y lleno, la pupila dilatada y brillante, incoherencia en las ideas.”*

Pocos días después, el enfermo entró en coma y acabó falleciendo (hc-179-180-181).

En los historiales también se encuentran detalladas descripciones de las típicas manchas leprosas, redondeadas, de centro blanco y limitadas por un anillo rojo-violáceo (hc-128, hc-131). Se relatan síntomas como la disminución de la agudeza visual, auditiva o la voz ronca (hc-129-130, hc-234). Esta afonía, causada por la afectación laríngea de la lepra lepromatosa, era tan frecuente antes del empleo de la sulfona, que se consideraba un signo muy útil en el diagnóstico de la enfermedad<sup>267</sup>.

Asimismo, se señalan alteraciones en la sensibilidad, como los dolores que sufría una mujer, cuyo carácter *“se asemejaba al que produce la flagelación con ortigas”* (hc-

---

<sup>a</sup> Puerto Rico fue colonia española hasta 1898, año en el que se perdió, junto con Cuba y Filipinas. Aunque en el historial de este paciente no se cita ninguna fecha, por la cronología que siguen las historias clínicas, el ingreso debió ocurrir hacia 1885.

131); y, por supuesto, se refleja la típica anestesia de la lepra<sup>a</sup> (hc-128, hc-129-130, hc-131, hc-234, hc-235). Sirve como ejemplo la exploración neurológica llevada a cabo sobre una enferma ingresada en 1870 con múltiples lesiones maculares. En este caso, se exploró la sensibilidad térmica con cuerpos fríos, la táctil con un compás y la nociceptiva mediante la aplicación de electricidad (hc-128):

*“La insensibilidad es tan marcada en el centro de estos anillos maculosos, que ni aún responde a la acción de una aguja de acupuntura unida a los reóforos del electro-imán de Gaiffe: las impresiones táctiles son confusas y mal determinadas, en términos de no percibir la sensación definida de los cuerpos terminados en punta y con alguna distancia entre sí, como son los extremos de un compás, ni tampoco la sensación de aquellos que tienen baja temperatura. El estado general de la enferma es satisfactorio; come con apetito y está gruesa, robusta y muy contenta.”*



**Figura 172**

*“Lepra mixta maculo-anestésica y papulosa en grandes sábanas” (fr-200).*

Una figura sin historia clínica fue titulada por Sáinz de Aja *“Lepra mixta maculo-anestésica y papulosa en grandes sábanas”* (Figura 172). Por “lepra mixta” se entendía la que combina lesiones de la forma “anestésica” y de la “tuberculosa”<sup>268</sup>. Se trata de lo

<sup>a</sup> Con sus funestas consecuencias: *“Tal era la anestesia que, habiendo experimentado una quemadura de segundo grado en el brazo izquierdo, no experimentó dolor”* (hc-131).



que hoy en día denominamos **lepra dimorfa** o *borderline*, que agrupa lesiones tuberculoides y lepromatosas<sup>269</sup>. El leprólogo español Benito Hernando y Espinosa ya señala en su excelente tratado de 1881 cómo esta forma de lepra puede derivar de cualquiera de las otras dos (lo que actualmente denominamos las formas polares), y evolucionar también a alguna de ellas<sup>268</sup>.



**Figura 173**  
*“Lepra monomorfa”* (fr-380).

El número de figuras recuperadas que representan la **forma tuberculoide de la lepra** es escaso. En la titulada por Sánchez-Covisa *“Lepra monomorfa”*, se aprecia una placa anular muy característica de este tipo de lepra (Figura 173). Algunos historiales, que corresponden a modelados que aún no han sido hallados, describen también cuadros clínicos muy sugerentes de la lepra tuberculoide (hc-128, hc-131), por lo que es posible que en el futuro, a medida que se vayan abriendo más cajas del antiguo Museo Olavide, se encuentren otras figuras representando esta forma de lepra.

Entre los tratamientos para combatir la lepra que se observan empleados, destaca la tintura de yodo por vía oral, aunque también se ensayaban otros remedios, como el ácido fénico, agua alcoholizada, baños generales, electricidad sobre los tubérculos, etc. Todos ellos con pobres resultados. La mayoría de los pacientes con formas lepromatosas fallecían (hc-127, hc-179-180-181, hc-234), y los que padecían cuadros más benignos, solicitaban el alta tras no apreciar grandes claras durante el ingreso (hc-128, hc-131).

En definitiva, los casos de lepra observados en el Museo constituyen una oportunidad para estudiar esta patología, que actualmente sólo se presenta de forma excepcional en nuestro medio. En el análisis de estos modelados debe tenerse en cuenta la diferente clasificación seguida hace un siglo, principalmente en lo referente a la “*lepra tuberculosa*”, que constituye las formas lepromatosas de la enfermedad. El número de figuras y detalles clínicos que se muestran, representando estadios avanzados y graves de la lepra, permiten apreciar un amplio espectro de la enfermedad. Aún así, la colección no está completa, y existe constancia de la presencia de algunas figuras en el antiguo Museo, aún no recuperadas, que sería interesante rescatar.

## Viruela

Los últimos casos de viruela acontecidos en el mundo ocurrieron en 1977. Desde entonces, se considera una enfermedad erradicada, gracias a sucesivas campañas de vacunación y a la coordinación internacional. La enfermedad, que ha producido grandes estragos a lo largo de la historia, no está libre de reaparecer, en parte debido a la posibilidad de que el virus sea utilizado como arma biológica<sup>270</sup>.



**Figura 174**  
*“Varioloide en una niña” (hc-79).*

El Museo Olavide es el reflejo de una época en que la viruela constituía una enfermedad muy común. Por lo observado en sus historias clínicas, durante los últimos meses de 1879 existió una epidemia en el Hospital de San Juan de Dios, contagiándose de viruela varios pacientes que permanecían ingresados por otros motivos (hc-79, hc-87, hc-93, hc-129-130). La viriasis afectó predominantemente a enfermos de corta edad, como el caso de una niña de 8 años, hospitalizada para tratarse de una tiña fávica (hc-79):

*“El día 4 de Octubre [de 1879] se le presentaron los pródromos de un estado febril, caracterizado por cefalalgia, postración, malestar, inapetencia, sed, aumento de calor y pulso frecuente. Como existían a la vez en la enfermería cuatro casos de viruela, se temió también fuese acometida esta enferma; y en efecto, al día siguiente apareció ya la erupción.”*

El sexto día de la erupción se realizó un modelado del muslo de la niña (Figura 174), donde se muestran las lesiones descritas en su historial (hc-79):

*“Pústulas de ancha base, redondas, poco elevadas, con gran aureola roja que las circunda y una vesícula que forma su vértice, ligeramente umbilicada alguna y otras sin la menor umbilicación; el contenido de las vesículas es opaco, purulento. La erupción ocupa todo el cuerpo, pero las pústulas están muy discretas y la piel de los intervalos es normal. Acompaña a la erupción un estado general febril claro y manifiesto, pero sólo de mediana intensidad.”*

El tratamiento de estos casos de viruela se basó en la aplicación de una solución alcohólica de ácido fénico sobre las pústulas, mientras se esperaba la resolución espontánea del cuadro (hc-79, hc-87, hc-93, hc-129-130). Aunque la evolución solía ser favorable, un niño de 7 años, ingresado por una “*escrofulide pustulosa*”, falleció tras el desarrollo de una forma confluyente de viruela, variedad de peor pronóstico y caracterizada, según Murrieta, por el gran número de pústulas faciales<sup>271</sup> (hc-93):

*“El día 18, y sin duda alguna por contagio, pues existían algunos variolosos en la enfermería, se vio acometido de una fiebre intensísima y erupción de viruela confluyente [...]. La intensidad de la viruela y las condiciones de poca resistencia del enfermo, ocasionaron su fallecimiento el día 8 de Noviembre de 1879.”*

## ***Pelagra***

La pelagra, causada por un déficit de niacina (vitamina B3), es una enfermedad aún endémica en ciertas áreas de Asia y África, debido a la malnutrición y a dietas carenciales. En el resto del mundo, los avances en Salud Pública y las mejoras nutricionales han conseguido que esta patología se encuentre prácticamente erradicada<sup>272</sup>. Clínicamente, se manifiesta con lesiones muco-cutáneas, alteraciones digestivas y neurológicas, tal como la describió Casal en el siglo XVIII. Sin embargo, el déficit nutricional como causa de la enfermedad no fue demostrado hasta 1926<sup>273, 274</sup>. Previamente, se desconocía su etiología, aunque entre los muchos factores que se suponían implicados se encontraba la pobreza y la alimentación a base de maíz<sup>275</sup>.

En el Museo se observan varias figuras representando los signos cutáneos de la pelagra. En su mayoría corresponden a las lesiones de fotosensibilidad que asientan en el dorso de las manos y antebrazos (hc-123, hc-125, hc-e, fr-79<sup>a</sup>, fr-96, fr-330, fr-359). Se puede apreciar la clínica cutánea de esta enfermedad en todos sus estadios: desde placas eritematosas en el dorso de ambas manos con leves costras (Figura 175 y Figura 181), ampollas e incluso flictenas (Figura 176), a placas de un color más oscuro, engrosadas y agrietadas, propias de las fases más avanzadas de la pelagra (Figura 177 a Figura 180).

Los historiales que acompañan algunas de estas figuras corresponden a pacientes ingresados en la década de 1880 (hc-123, hc-125, hc-e). En algún caso, se aprecian factores que explicarían el déficit de niacina, como la malnutrición acontecida en una mujer de 58 años (hc-e):

*“Hace tres años que murió su esposo, dejándola sumida en la mayor miseria, hasta el punto de tener que mendigar el sustento, faltándole muchas veces. Un año próximamente llevaba con este género de vida, cuando empezó a notar que se apoderaba de ella un malestar general, abatimiento de fuerzas, inapetencia, ligeros*

---

<sup>a</sup> Esta pieza no presenta etiqueta diagnóstica ni numeración, aunque las lesiones que se muestran parecen corresponder a una pelagra. Se representa la cara de una mujer y el dorso de ambas manos, cubiertas por unas placas engrosadas, de color negruzco y marrónáceo, sobre las que se observan pequeñas costras y ampollas hemorrágicas. Las uñas se encuentran respetadas y las placas presentan un límite neto en el tercio inferior de los antebrazos (fr-79).

*vahidos y cefalea; así permaneció año y medio, con alternativas de bien y mal, pero sin privarla por completo de dedicarse a la mendicidad.”*



**Figura 175**  
“Pelagra” (fr-359).



**Figura 176**  
“Dermatitis solar de tipo ampolloso y pelagroide” (fr-330).



**Figura 177**  
“Pelagra en las manos de un hombre” (fr-96).



**Figura 178**  
Pieza sin diagnóstico: ¿Pelagra? (fr-79).

En estas historias clínicas se señalan diversos síntomas neurológicos, como alteraciones de las funciones intelectuales y motoras, mareos, acúfenos, depresión, somnolencia e incluso coma. También se recoge la sintomatología digestiva de la pelagra, con diarrea, anorexia, vómitos y un sabor amargo en la boca (hc-123, hc-125, hc-e).

Sirve como ejemplo el historial de una mujer de 54 años que provenía de un pueblo de Guadalajara. La enferma, según señala Palacios, no había llevado a cabo *“rudos trabajos ni sufrido privaciones y miserias”*. Ingresa en el Hospital en abril de 1882 por un cuadro que había debutado con síntomas neurológicos y digestivos un año atrás (hc-125):

*“La enfermedad que actualmente aqueja, tiene su principio en la primavera pasada, la cual, y sin causa aparente que la provocara, comenzó por una tristeza inexplicable, melancolía invencible, tendencia al reposo, pérdida del apetito y un sabor de boca desagradable; se purgó entonces repetidas veces, creyendo no ser otra cosa sino una grande indigestión; pero a pesar de haber promovido abundantes cámaras [diarreas], aquel gusto salado que la impulsaba a estar mascando de continuo y sin tener qué mascar, no desaparecía.”*

Dos semanas después, surgen unas manchas rojas, dolorosas, en el dorso de las manos, a las que el médico del pueblo no dio mayor importancia. Sin embargo, tres meses más tarde, *“después de un gran susto, al ser cogida por un buey de labranza”*, notó cómo aparecieron *“costritas”* en el cuero cabelludo, cuello, pecho y brazos. En el momento de su ingreso presentaba erosiones superficiales y costras negruzcas en los sitios mencionados, además de las siguientes lesiones en el dorso de las manos (hc-125) (Figura 179):

*“[...] sobre la cara dorsal de ambas manos [presenta] una cicatriz resquebrajada, lustrosa, y de color violáceo en unos puntos, oscura y con cierto tinte achocolatado en otros, indolente y nada molesta, cubierta por unas laminillas adherentes, que no se desprendían sin provocar dolor; la sensibilidad se encuentra abolida en parte sobre toda la extensión de dichas cicatrices, y cuando se aproxima un cuerpo fino, la sensación percibida es muy imperfecta.”*





**Figura 179**  
“Cicatriz pelagrosa” (hc-125).



**Figura 180**  
“Pelagra” (hc-e).

Este color oscuro, “*achocolatado*”, también se describe en otras lesiones pelagroides de cierto tiempo de evolución, exhibido sobre placas engrosadas y con tendencia a la formación de grietas (Figura 180).

Otros modelados reflejan las lesiones menos evolucionadas, como el caso de una lavandera de 39 años (Figura 181). Esta paciente había debutado tres meses atrás con síntomas digestivos y un estado de “*abatimiento y languidez*”, al mismo tiempo que sobrevino una erupción papular en el dorso de las manos. Las pápulas conformaron una placa de color rojo vivo, que se cubrió de pequeñas vesículas y costras (hc-123).

A falta del conocimiento exacto sobre la causa de esta enfermedad, los tratamientos empleados durante el siglo XIX se limitaban a combatir los distintos síntomas<sup>276</sup>, al aseo, “*el uso de alimentos sanos y de fácil digestión*” e incluso a la emigración<sup>277</sup>. En los enfermos que fueron modelados para el Museo se trató el cuadro dermatológico mediante la aplicación de distintos preparados tópicos de funciones antisépticas y calmantes, aunque con pobres resultados. Se añadía la administración oral de antidiarreicos, como el subnitrato de bismuto, y de sedantes, como el bromuro potásico (hc-123, hc-125, hc-e). El menú de carne asada que se pautaba a estos enfermos durante su ingreso no aportaba la suficiente cantidad de niacina como para revertir el déficit

vitamínico, aunque sí podía mejorar algunos síntomas. Sin embargo, esto no impidió que una de las pacientes manifestara signos de una encefalopatía cada vez más grave (hc-e):

*“Las lesiones de las manos desaparecieron, dejando las grietas [una piel] brillante y rosada; las digestiones las efectúa con más normalidad; sólo en la perturbación de las facultades intelectuales y aparato locomotor no hay alivio: de pronto y sin causa aparente, cayó en un estado de coma y estuvo durante cinco días inmóvil y sorda a todo llamamiento [...]; poco a poco fue desapareciendo el estado comatoso; más tarde acusó la enferma una lipemania exagerada, por lo que se dispuso se trasladase al Hospital general.”<sup>a</sup>*



**Figura 181**  
“Eritema pelagroso” (hc-123).

La pelagra, aunque con menor frecuencia, se sigue observando en nuestro medio de forma esporádica, como sucede en alcohólicos o en pacientes con anorexia nerviosa<sup>278</sup>. Sin embargo, parece difícil imaginar que lleguemos a encontrar casos tan avanzados y desesperados como algunos de los que se muestran en el Museo. La presencia de esta

<sup>a</sup> Con lipemania se refieren a la melancolía depresiva, o depresión mayor. El traslado al Hospital General parece obedecer a que allí existía una “sala de dementes”.

patología dentro de la colección madrileña de figuras de cera posee un valor añadido, ya que se trata de una entidad descrita por el médico español Gaspar Casal, a partir de las observaciones realizadas desde 1735 y publicadas de forma póstuma en 1762. Casal describió la clínica neurológica, digestiva y cutánea acontecida en labradores pobres de cuatro pueblos asturianos, y que los lugareños denominaban “el mal de la rosa”<sup>277, 278</sup>. La forma que toman las lesiones de pelagra alrededor del cuello lleva su nombre (“collar de Casal”), y todos los trabajos actuales acerca de esta enfermedad recuerdan su descubrimiento.

***Toxicodermias***

Dentro de la colección del Museo Olavide se encuentran algunas figuras representando reacciones adversas por medicamentos que hoy en día no se utilizan, o bien se emplean de manera marginal, y que por lo tanto presentan unos efectos secundarios cutáneos poco conocidos. Estas toxicodermias se comentan a continuación.

*Copaiba*: El bálsamo de copaiba, un compuesto resinoso extraído de árboles del género *Copaifera*, era un remedio ampliamente utilizado a lo largo del siglo XIX en el tratamiento de la uretritis. Un paciente atendido por Castelo (hijo) ingresó en 1885 por presentar un “*eritema balsámico*” (Figura 182). Se trataba de un varón que había sufrido una uretritis “*a los pocos días de un coito impuro*”, por lo que un médico le prescribió la mixtura de Chopart, la cual es una mezcla que contiene bálsamo de copaiba<sup>279, 280</sup>. Sin llegar a resolverse la uretritis, a los 20 días de seguir este tratamiento se presentó un exantema, por lo que, “*desconfiando de su médico, vino a esta Consulta*” (hc-b):

*“Presentaba en casi todo el tronco y miembros, pero más marcadamente en el dorso, región glútea y muslos, unas manchas de color rojo algo intenso, en las que se distinguen numerosos puntitos de un color rojo más fuerte; forman grupos diseminados, que tienden a elevarse en su centro; son de figura irregular, pero los del dorso se acercan algo a la forma redondeada y los del muslo semejan franjas bien marcadas; están separadas unas de otras manchas por trozos de piel normal; el enfermo aqueja fuertes picores y la blenorragia existía aún.”*

Castelo sometió al enfermo a un tratamiento mercurial, con el fin de descartar que se tratara de un secundarismo sífilítico. Sin embargo, la única medida eficaz fue la suspensión del bálsamo de copaiba (hc-b):

*“Por prueba, se sometió al tratamiento mercurial sin ningún resultado, por lo que se le privó del copaiba; se le administró un purgante, y a los cinco días el picor había desaparecido y la erupción apenas era perceptible. Continuó en la sala hasta curar la blenorragia, y curado del todo recibió el alta.”*



**Figura 182**  
*“Eritema y roseola balsámicos” (hc-b).*

El bálsamo de copaiba producía con cierta frecuencia una erupción bien conocida en aquella época, denominada *“roseola de la copaiba”*<sup>281</sup>. De hecho, esta toxicodermia ya se menciona en los primeros tratados dermatológicos españoles, como son las obras de Alfaro<sup>282</sup>, Murrieta<sup>283</sup> y Olavide<sup>284</sup>. Trousseau y Pidoux señalan, en 1857, una interesante observación, y es el parecido que en ocasiones guarda esta toxicodermia con el eccema de contacto que puede ocurrir por la aplicación tópica de resinas como la copaiba, la trementina o el bálsamo de Perú<sup>285</sup>:

*“Estas erupciones artificiales se asemejan mucho, y con frecuencia son idénticas, a las que determinan en la piel la aplicación directa de las resinas y de los emplastos aglutinantes que las contienen.”*

Mercurio: El mercurio era empleado antiguamente como medicación antisifilítica en multitud de preparados. La excesiva salivación o el temblor que ocasionaban los mercuriales eran efectos adversos frecuentes y bien conocidos. Sin embargo, la toxicodermia por mercurio, denominada “hidrargiria”<sup>a</sup>, no se observaba con excesiva frecuencia, teniendo en cuenta el gran número de enfermos sifilíticos que recibían dicho tratamiento. Este cuadro, que hoy en día interpretamos como una reacción de hipersensibilidad, tenía entonces una etiopatogenia desconocida, tal como relata Alfaro en su tratado de 1840<sup>286</sup>:

*“Las verdaderas causas de la hidrargiria pueden difícilmente explicarse en el estado actual de la ciencia; sin duda el mercurio debe considerarse como el agente necesario para la manifestación del mal; pero su modo especial de acción presenta todavía la más profunda oscuridad.”*

En una época en la que aún no se habían desarrollado los conceptos de hipersensibilidad y alergia, Alfaro se muestra perplejo, ya que *“la intensidad del mal no corresponde siempre a la cantidad de mercurio que se usa interior o exteriormente”*<sup>286</sup>.

Una de las figuras recuperadas corresponde a una mujer atendida por Sáinz de Aja por un *“eritema mercurial consecutivo a inyecciones de aceite gris”*. El aceite gris es una mezcla de vaselina y lanolina que contiene mercurio puro, y era empleado en forma de inyecciones intramusculares contra la sífilis<sup>287, 288</sup>. La figura, que no ha sido aún restaurada, ha perdido gran parte de la coloración original, observándose actualmente manchas marronáceas de 2-3 cm. en el abdomen y raíces de muslos (Figura 183).

Sin embargo, y como Alfaro señala, esta erupción mercurial consiste en un eritema de un color *“rojo subido”*, con pequeñas vesículas y pústulas, que primero aparece en la parte interna y superior de los muslos, ingles, escroto, parte inferior del abdomen y axilas, con sensación de calor y prurito<sup>b</sup>. Si se insiste en la administración mercurial, la erupción se generaliza, con la aparición de fiebre y otros síntomas generales, como una

<sup>a</sup> Por “hidrargiria” se entiende también el cuadro ocasionado por la intoxicación con mercurio. Sin embargo, muchos tratados médicos del siglo XIX denominan “hidrargiria” al exantema mercurial.

<sup>b</sup> El cuadro descrito corresponde al actualmente conocido como *“baboon syndrome”*, o síndrome del babuino. Este apelativo fue adoptado en la década de 1980, pero, en contra de lo que piensan muchos autores, el cuadro clínico ya era conocido mucho antes.

orina “rara y encendida [que] constituye un depósito sedimentoso al concluir la enfermedad”. La piel puede llegar a presentar un color “amorado y purpurino” y expedir un olor “análogo al pescado corrompido”. Finalmente, si se continúa con la administración de mercurio en estos casos, sobreviene la muerte del enfermo<sup>286</sup>.



**Figura 183**

*“Eritema mercurial consecutivo a inyecciones de aceite gris” (fr-213).*

Una vez más, se aprecian las similitudes encontradas, ya en el siglo XIX, entre las dermatitis de contacto por la aplicación tópica de mercurio y la “hidrargiria”. El cuadro de esta toxicodermia mercurial, en palabras de Olavide, es “parecido aunque más generalizado, que el dependiente de las fricciones con las pomadas de este metal”<sup>284</sup>.



Salvarsán: El salvarsán (dioxidiamino-arsenobenzol) es un derivado arsenical sintetizado por Paul Ehrlich y Sahachiro Hata a comienzos del siglo XX. En 1910, estos investigadores hicieron públicos los primeros resultados de curaciones de sífilis con este tratamiento, lo que constituyó una auténtica revolución en la comunidad médica<sup>289, 290</sup>. El salvarsán se introdujo en España ese mismo año, en parte gracias a la labor de Azúa, quien viajó a Alemania para estudiar junto a Ehrlich los efectos del medicamento<sup>291</sup>. Éste y otros derivados arsenicales que se sintetizaron en los años siguientes, como el **neosalvarsán**, desplazaron a los mercuriales y yoduros como principales medicaciones antisifilíticas<sup>289, 292</sup>, hasta la irrupción de la penicilina en la década de 1940<sup>290</sup>.



**Figura 184**  
*“Eritrodermia salvarsánica con pigmentación  
 consecutiva” (fr-27).*

Entre los efectos adversos de estos derivados arsenicales figuraban, tras pocas administraciones, reacciones urticariales, exantemas purpúricos, rubeoliformes y escarlatiniformes. De forma más tardía, se observaban las denominadas “*eritrodermias salvarsánicas*”, de curso prolongado y seguidas de una hiperpigmentación muy acentuada, y en ocasiones de queratodermias<sup>293</sup>. Son estos últimos efectos secundarios los que se reflejan en la colección del Museo, con varias figuras de pacientes atendidos

por Sáinz de Aja (fr-27, fr-267, fr-312) que representan las pigmentaciones consecutivas a una eritrodermia eccematosa (Figura 184) y las queratosis arsenicales en las zonas que soportan mayor presión (Figura 185).



**Figura 185**

*“Eritro-queratodermia arsenical (neosalvarsánica)” (fr-267).*

Uno de los modelados muestra una evolución de la eritrodermia salvarsánica más inusual. Se trata de la figura titulada por Covisa y Bejarano *“Poiquilodermia atrofiante vascular (tipo Jacobi) consecutiva a dermatitis salvarsánica”* (Figura 186). Al igual que el resto de las figuras realizadas durante el siglo XX, no presenta historia clínica en su parte posterior, pero Covisa y Bejarano publicaron este mismo caso en la revista *Actas Dermosifiliográficas*<sup>294</sup>. Se trataba de una mujer de 31 años que había seguido un tratamiento con neosalvarsán y bismuto, tras encontrarse una serología sífilítica positiva en el estudio realizado para averiguar la causa de los dos abortos que había sufrido. Durante los últimos ciclos del tratamiento, la paciente desarrolló una eritrodermia pruriginosa, que lentamente se fue resolviendo para dejar una piel con un retículo eritematoso, a modo de celdillas, en cuyo centro se apreciaban abundantes telangiectasias. Además, presentaba zonas pigmentadas, descamativas y atróficas, que llegan a producir una alopecia en el cuero cabelludo. La anatomía patológica mostró una leve atrofia epidérmica, vacuolización basal y cambios esclerodermiformes en la dermis papilar<sup>294</sup>.



**Figura 186**  
*“Poikilodermia atrofiante vascular (tipo Jacobi)  
consecutiva a dermatitis salvarsánica” (fr-71).*

El epónimo de “Jacobi” hace referencia a la poikilodermia atrofiante vascular que no asocia miopatía, en contraposición a la poikilodermia de Petges-Clejat, descrita como un cuadro de dermatomiositis. Estas poikilodermias representan entidades raras que, al igual que el grupo de las parapsoriasis, deben ser entendidas como un proceso pre-linfomatoso<sup>295</sup>. Covisa y Bejarano agrupan las formas “puras” (idiopáticas) de la poikilodermia atrofiante vascular con las secundarias. Según estos autores, la figura existente en el Museo representa el segundo caso publicado de este tipo de poikilodermia tras una dermitis salvarsánica<sup>294</sup>.

***Halogenodermas:*** Las erupciones cutáneas por compuestos halogenados, como yoduros y bromuros, eran relativamente frecuentes hasta hace pocas décadas. Clínicamente, se observaban lesiones acneiformes, ampollas o unas exuberantes placas tubero-nodulares, denominadas “*iódides y bromodermas vegetantes*”<sup>296</sup>. Estos cuadros se describían a comienzos del siglo XX en pacientes que seguían tratamientos con compuestos yodados para enfermedades tan prevalentes como la sífilis<sup>297</sup>, o con derivados del bromo contra la epilepsia, patologías respiratorias o neurosis<sup>298, 299</sup>. Hoy en día, los compuestos halogenados se emplean con mucha menor frecuencia, por lo que no solemos encontrar este tipo de efectos adversos.



**Figura 187**  
“*Yododerma flictenoso. ¿Bromoderma vegetantes?*” (fr-40).



**Figura 188**  
“*Acné por yoduro potásico*” (fr-252).

Entre las figuras recuperadas, dos representan cuadros de halogenoderma<sup>a</sup>. El modelado titulado por Azúa “*Yododerma flictenoso. ¿Bromoderma vegetantes?*”, muestra las ampollas y nódulos en la cara de un paciente, en el que Azúa parece dudar si la causa radica en la administración de yodo o de bromo (Figura 187). La duda es razonable, ya que las manifestaciones cutáneas de ambas drogas son clínicamente semejantes<sup>299</sup>. En

<sup>a</sup> Existe una tercera figura, denominada “*Acné tóxico pápulo-pustuloso; lesiones de rascamiento*” (fr-80), que muestra una espalda cubierta de lesiones acneiformes. Por el título ofrecido (“tóxico”), podría corresponder a una toxicodermia. No se aportan más datos sobre el origen del cuadro, ni se ha encontrado la publicación del caso (si es que la hubo), por lo que la figura no se ha incluido en este apartado.

otra figura se aprecian pústulas y nódulos en la cara que, según indica Sáinz de Aja en su etiqueta, fueron producidos por el yoduro potásico (Figura 188).

Tal como explican Covisa y Bejarano, la supresión del compuesto halogenado resuelve estas lesiones, aunque las erupciones brómicas persisten algo más de tiempo, dada la lenta eliminación del fármaco<sup>296</sup>.

Foto-toxicodermia por acridina: La figura titulada “*Melanodermia de partes descubiertas por fotosensibilización en cura con amarillo de acridina*”, muestra el busto y antebrazos de una paciente atendida por Sáinz de Aja (Figura 189). Si bien este modelado no presenta historia clínica, el mismo caso fue presentado en una de las reuniones de la *Academia Española de Dermatología* y, posteriormente, publicado de forma más extensa en la revista *Actas Dermosifiliográficas*<sup>300, 301</sup>. Se trata de una mujer de 19 años que presentó una intensa pigmentación tras un mes de tratamiento con cromacrina (amarillo de acridina) contra una uretritis y anexitis gonocócica<sup>301</sup>. Las propiedades antisépticas de los colorantes amarillos de la acridina habían sido descubiertas en 1913, lo que llevó a su amplio uso clínico en la era pre-antibiótica<sup>302</sup>.



**Figura 189**

“*Melanodermia de partes descubiertas por fotosensibilización en cura con amarillo de acridina*” (fr-82).

Sáinz de Aja relata que esta pigmentación apareció sin eritema ni otro tipo de lesiones previas, afectando, como se observa en la figura, el dorso de las manos, la cara y el escote, pero respetando las zonas protegidas de la luz, como la línea de implantación capilar o “*las zonas de suyo morenas (genitales, aréolas mamarias)*”<sup>301</sup>. Achaca la pigmentación a la combinación de radiación solar y cromacrina, sustancia que ya en la época era un conocido fotosensibilizante. Sáinz de Aja destaca que la enferma había



permanecido hospitalizada durante el tratamiento, sin apenas tomar el sol, *“lo cual hace resaltar más la acción sensibilizadora del amarillo de acridina para la fotorreacción cutánea”*<sup>301</sup>.

Algunos derivados de la acridina, como la cloroquina, siguen empleándose hoy en día, pudiendo ocasionar estos mismos efectos secundarios, que parecen deberse a una reacción de fototoxicidad<sup>303</sup>.



### Otros cuadros

Existen figuras en el Museo que, si bien muestran patologías que se observan hoy en día, antiguamente eran muy frecuentes como complicaciones de determinados procesos que no se beneficiaban de un tratamiento eficaz. Una de estas complicaciones son los **epiteliomas cutáneos desarrollados sobre lesiones de lupus eritematoso** de largo tiempo de evolución (fr-65, fr-92, fr-311). Los modelados recogidos en el Museo presentan este tipo de neoplasia en labios y mentón (Figura 190 y Figura 191). Si bien se puede observar algún caso similar en la actualidad, la degeneración carcinomatosa, generalmente de tipo espinocelular, era mucho más frecuente en una época en la que no existían remedios más eficaces contra el lupus eritematoso, por lo que sus lesiones tendían a cronificarse durante largo tiempo.



**Figura 190**  
*“Cara. Epitelioma en tejido cicatricial de lupus” (fr-92).*



**Figura 191**  
*“Lupus eritematoso. Epitelioma del labio superior [...]” (fr-311).*

En la etiqueta de una de estas figuras, Azúa señala cómo el mismo paciente había desarrollado con anterioridad otro carcinoma (fr-311):

*“Lupus eritematoso. Epitelioma del labio superior desarrollado sobre parte invadida por el lupus. Ha tenido otro en el labio inferior que ha sido operado.”*

Las **complicaciones de uretritis** mal curadas, hoy raras, se observaban antiguamente con extraordinaria frecuencia, tal como se aprecia a través del Museo (vid Figura 65 en pág. 128, y Figura 225 a Figura 227 en pág. 343 y siguientes). Existen varios casos de orquitis crónicas que dan lugar a pioceles e hidroceles escrotales (hc-1, hc-8, hc-147), o enfermos en los que se presentan trayectos fistulosos tras uretritis de largo tiempo de evolución (hc-2, hc-146, hc-182). Un ejemplo de la cronicidad de estas infecciones se puede apreciar en el historial de un varón de 45 años, ingresado por presentar varias fistulas uretro-perineales y uretro-escrotales (hc-182):

*“Tuvo hace 20 años una blenorragia uretral que no hubo de curarse radicalmente, pues el más ligero exceso, ya en la comida, ya en la bebida, era causa de que se presentara el flujo con molestias al tiempo de orinar, si bien desaparecían uno y otras espontáneamente. Hace cosa de ocho meses que empezó a notar dificultad y molestias; más tarde, sensación de dolor al efectuar la micción, que tenía lugar muy lentamente y evidenciaba la existencia de una notable estrechez uretral, a juzgar por la delgadez extraordinaria del chorro de la orina; tras estos fenómenos sobrevino un intenso acceso febril, acompañado de una intensa inflamación del miembro, escroto y región perineal. Alarmada la familia, dispuso se trasladara al Hospital de Talavera, y allí le practicaron extensas incisiones, cuyas cicatrices hoy se conocen; pero en su terminación le quedaron dos orificios que no cicatrizaron aun a pesar de emplear infinidad de medios y por cuya causa ingresó en antedicha clínica, donde se le sacó e modelo, el cual nos representa la afección.”*

Los tratamientos médicos y quirúrgicos de estas complicaciones de uretritis y otras enfermedades venéreas no siempre eran exitosos. A falta de medicaciones antibacterianas más potentes, algunos enfermos fallecían por sepsis (“reabsorción purulenta”) o por la insuficiencia renal que ocasionaba la obstrucción urinaria (hc-1, hc-3, hc-11, hc-18).

- - -

La finalidad de este capítulo ha sido estudiar las figuras del Museo que muestran cuadros muy raros de observar hoy en día. Esto puede ofrecer una falsa impresión de las

patologías representadas en la colección, ya que también existen otros muchos modelados reflejando enfermedades que, con mayor o menor frecuencia, encontramos en la práctica dermatológica actual: figuras que muestran lesiones de herpes zóster, eritema ab igne, xeroderma pigmentoso, pitiriasis rubra pilar, etc. componen igualmente esta rica colección. A continuación, se muestran algunos ejemplos de estos otros modelados, con la finalidad de que no se pierda la perspectiva del conjunto del Museo y su rica diversidad (Figura 192 a Figura 203).



**Figura 192**  
 “Sarna de tipo noruego” (fr-362).



**Figura 193**  
 “Pitiriasis pilar rubra” (fr-21).



**Figura 194**  
 “Leucemia linfática  
 aleucémica” (fr-337).



**Figura 195**  
 “Pénfigo foliáceo” (fr-69).



**Figura 196**  
*“Queratodermias palmo plantares simétricas y familiares” (fr-85).*



**Figura 197**  
*“Urticaria pigmentosa” (fr-38).*



**Figura 198**  
*“Micosis fungoide” (fr-89).*



**Figura 199**  
*“Poroqueratosis” (fr-328).*





**Figura 200**  
*“Lipomas múltiples” (fr-352).*



**Figura 201**  
*“Sarcoma melánico múltiple cutáneo” (fr-396).*



**Figura 202**  
*“Dermatosis producida por quemaduras voluntarias en una histérica” (fr-322).*



**Figura 203**  
*“Acné vulgar. Región preauricular izquierda, seborrea que encubre el acné” (fr-86).*



## **TRATAMIENTOS**

Las historias clínicas de las figuras dedican un extenso apartado al tratamiento. Éste suele comenzar con la dieta pautada, para continuar con los remedios tópicos y sistémicos, los procedimientos quirúrgicos y otro tipo de medidas encaminadas a la curación del enfermo. La minuciosidad con la que se reflejan los distintos tratamientos es notable, y debía perseguir una función docente para los médicos que visitaban el Museo. Se indican con precisión aspectos como la composición de diversas fórmulas magistrales, efectos secundarios o la forma de aumentar la dosis de un determinado medicamento. La transcripción no se limita a los remedios más importantes o drásticos, sino que también incluye muchos otros que podrían considerarse casi anodinos. Sin embargo, se da por conocida la composición y manejo de algunos compuestos que ya no utilizamos, y que en aquella época eran muy comunes.

Como se ha mencionado anteriormente, las historias clínicas pertenecen a pacientes atendidos en el Hospital de San Juan de Dios entre 1870 y 1897. Las figuras realizadas posteriormente no se acompañaron de más información que la suministrada en una etiqueta, que señala el diagnóstico y, a lo sumo, algún detalle importante a tener en cuenta. Por ello, la casi totalidad de los tratamientos que se reflejan en el Museo corresponde a una época determinada: el último tercio del siglo XIX. Cabe señalar que, aunque existe cierta uniformidad en algunos tratamientos, se observan preferencias según el médico responsable del paciente a la hora de elegir un remedio u otro.

A continuación se detallan los distintos tratamientos recogidos en las historias clínicas de las figuras del Museo Olavide. Se han agrupado por secciones, según correspondan a la alimentación, a un tratamiento tópico, sistémico, quirúrgico o a otro tipo de tratamientos. En los anexos al final de este trabajo se pueden consultar las tablas que resumen los diferentes remedios observados en la colección.

En muchas historias clínicas se expresan medidas de peso caducas, como onzas, granos, libras, dracmas, etc., o fracciones del gramo que hoy en día apenas utilizamos, como centigramos y decigramos. En estos casos, se ha realizado la conversión a gramos o miligramos, por ser las unidades de peso que empleamos hoy en día con más frecuencia.



Los números de historiales señalados entre paréntesis junto a un determinado tratamiento constituyen referencias claras en la utilización del mismo. Por efectos prácticos, no se consigna la totalidad de historias clínicas en las que se indica cada tratamiento, sino solamente las más representativas.

## ***Alimentación***

En muchas de las historias clínicas que acompañan a las figuras queda reflejado el menú que siguió el enfermo, junto con los cambios que se hicieron en su alimentación a lo largo del ingreso, cualquiera que sea la patología del paciente. De ello se infiere la gran importancia que se concedía a la dieta en la Medicina del siglo XIX. Posteriormente, el predominio de la escuela localista en la interpretación de las dermatosis vino a descuidar los aspectos alimenticios, retomados más tarde para enfermedades concretas, como urticarias o avitaminosis<sup>304</sup>.

Podemos apreciar un ejemplo de la importancia dada a la alimentación en el caso de un paciente que padecía un carcinoma basocelular de enorme extensión en la cara (vid Figura 27 en pág. 86). El apartado dedicado al tratamiento, además de nombrar los numerosos remedios tópicos y orales empleados, precisa con detalle la dieta seguida, resaltando el Dr. Palacios la importancia de los alimentos como arma terapéutica (hc-121):

*“Innumerables recursos se han empleado; no cabe la menor parte a los medios dietéticos, y las sustancias semilíquidas, cuyos principios asimilables eran poderosos, han jugado el mayor papel; la merluza frita y reducida a pulpa, el jugo de la carne obtenido por expresión, menudillos de gallina en trozos muy pequeños, los bizcochos, el chocolate, la leche de vacas, los caldos, sopas y gelatinas formaban la alimentación del enfermo.”*

A continuación, y ocupando la misma extensión que la dedicada a la dieta, se enumeran los tratamientos farmacológicos utilizados. Como es comprensible, dado lo avanzado de la neoplasia, el enfermo falleció pese a todos estos cuidados (hc-121).

Cuando se hace referencia a la alimentación que siguió el enfermo, ésta se señala al comienzo de la sección de “Tratamiento” de su historia clínica, aludiendo a ella como “ración”, “media ración” o “dieta”. La composición de estos menús en el Hospital de San Juan de Dios, según señala Álvarez-Sierra, era la siguiente<sup>305</sup>:

Ración: 230 gramos de carne, distribuidos en dos comidas, a las once de la mañana y a las seis de la tarde; 370 gramos de pan; 43 gramos de garbanzos; y 185 gramos de pan para la sopa de la mañana, que era de manteca y ajos, y para la sopa del mediodía, a base de caldo de puchero.

En las historias clínicas se suele aludir a este menú con el nombre de “ración”, “ración de carne asada” o bien “ración ordinaria” (hc-36, hc-51, hc-78, hc-126). Este menú es, con diferencia, el prescrito con más frecuencia entre los enfermos representados en el Museo.

Media ración: La media ración se solía pautar en aquellos pacientes con intolerancia a varios alimentos (hc-100). Constaba de 115 gramos de arroz en caldo de puchero, o bien 86 gramos de fideos, poniendo en la marmita la carne para que prestase sustancia al caldo<sup>305</sup>.

Dieta: Como tal se entendía la administración casi exclusiva de líquidos. La dieta (o “dieta de caldo”) se componía de seis caldos y dos “bizcochos de Teruel” en cada caldo, distribuidos a lo largo del día<sup>305</sup>. Se trataba de un menú muy ligero, pero repetido seis veces al día, y reservado a pacientes con dificultades para la ingesta (hc-231).

Estos menús no eran rígidos, y en determinados casos, como ante un paciente especialmente debilitado, los médicos consignaban alimentos especiales, como un aporte extra de carne asada, gallina en pepitoria, merluza, chocolate o albóndigas<sup>305</sup> (hc-121, hc-202).

Vino: Llama la atención la extendida prescripción del vino, incluso entre los pacientes más jóvenes. El vino se pautaba principalmente en aquellos enfermos más debilitados y delgados. En algún caso se especifica la administración de “vino de Valdepeñas” (hc-141), el cual era un vino tinto muy común y barato; o “vino de Jerez” (hc-174), que contiene una mayor graduación y cantidad de azúcar. También se observa pautada la “limonada vinosa” (hc-78), es decir, una mezcla de vino, zumo de limón, azúcar y agua.

Infusiones y cocimientos: Otras bebidas comúnmente observadas en estos historiales son las infusiones y cocimientos. La **infusión de cebada** era utilizada frecuentemente para bebida usual, bajo el nombre de “*tisana de cebada*”, o bien “*agua de cebada*”, en patologías que cursaban con prurito (hc-81, hc-100, hc-108). En ocasiones se menciona como “*agua de cebada cremorizada*” (hc-80, hc-81, hc-101, hc-195), que consiste en mezclarla con el cremor de tártaro, de funciones diuréticas y laxantes<sup>306</sup>. También se observa empleada el “*agua de cebada nitrada*”, de efectos “*refrigerantes y estimulantes*”<sup>307</sup>, en un cuadro eccematoso (hc-92).

La **infusión de café** se utilizó con una finalidad terapéutica en una mujer que sufría neuralgias por un herpes zóster (Figura 204), ya que la cafeína posee un leve efecto analgésico, que era conocido en el siglo XIX<sup>308</sup>. Se pautó el café como bebida usual en esta paciente, pero en su historial se relata que hubo de suspenderse “*por ser mayor la excitación que la enferma tenía*” (hc-116).



**Figura 204**

“*Ectima neurítico*”, que corresponde a un herpes zóster. Las neuralgias se intentaron aliviar con infusión de café (hc-116).

La **infusión de té** se observa empleada como tratamiento coadyuvante en casos de viruela (hc-79, hc-93), probablemente para favorecer la transpiración (como “*sudorífero*”), ya que era ésta una de sus indicaciones medicinales<sup>309, 310</sup>.

La **infusión de genciana** se realizaba con la raíz de la *gentiana lutea*, como remedio contra la “*pereza digestiva*” de diversas enfermedades y convalecencias<sup>311</sup>. Esta infusión se preparaba hirviendo en agua la raíz de genciana cortada en pedazos, y añadiendo cáscaras de naranja y limón para amortiguar el sabor amargo de la planta. Posteriormente, el líquido se colaba y era administrado a una dosis de 150-200 ml al día, como “*tónico amargo en los casos de atonía de las vías digestivas*”<sup>312</sup>. En un paciente representado en el Museo, al que se había pautado cloruro mórfico, se indicó esta infusión para estimular el peristaltismo (hc-111).

Los cocimientos (líquidos obtenidos tras hervir en agua determinadas sustancias) también se observan reflejados en las historias clínicas del Museo, para servir de bebida usual en algunos pacientes. El **cocimiento de zarzaparrilla** se cita en un caso de sífilis, en el que también se administró un tratamiento mercurial (hc-61). La zarzaparrilla se empleaba, bien como bebida usual, bien en tisana o en jarabes, para diferentes estadios sifilíticos<sup>313</sup>. Según algunos médicos del siglo XIX, las funciones antisifilíticas de la zarzaparrilla eran comparables a las del mercurio, aunque esta hipótesis no era compartida de forma mayoritaria<sup>314</sup>.

Otro tipo de bebida es el **cocimiento blanco gomoso**, también denominado “*agua gomosa*”<sup>315</sup>. Lo vemos administrado, junto con la ración de comida, para combatir las “*cámaras*” (diarrea) de diverso origen (hc-36, hc-123). El cocimiento blanco gomoso se preparaba con cuerno de ciervo, goma arábiga y azúcar blanca, cocidos en agua y posteriormente colados<sup>316</sup>. Se indicaba con fines astringentes<sup>317</sup>, y en algún caso se añadía al agua un medicamento, como el subnitrato de bismuto, para potenciar su efecto antidiarreico (hc-123).

En definitiva, los historiales del Museo reflejan los alimentos y bebidas pautados al enfermo como un importante aspecto dentro de los tratamientos seguidos, bien sea por los leves efectos farmacológicos que poseen algunos de ellos, o bien por la importancia concedida antiguamente a la alimentación como forma de recobrar la salud.

## ***Tratamientos tópicos***

Existe un número muy importante de tratamientos tópicos reflejados en la colección del Museo Olavide. Muchos de ellos no se utilizan actualmente en Medicina, mientras que en otros casos las indicaciones han variado considerablemente. Todos los tratamientos locales que se mencionan en las historias clínicas se recogen en esta sección, aunque se ha intentado resaltar los más importantes o las diferencias respecto al presente.

En los siguientes apartados se describen los preparados reflejados (cataplasmas, polvos, soluciones, pomadas, baños, etc.) y distintos principios activos, como el mercurio, azufre, yodo o brea, que se formulan en una gran variedad de presentaciones. Como se verá, los vehículos empleados en su formulación incluyen, entre otros, manteca, harina, cera, glicerina y aceites.

A continuación se resume la composición de los distintos preparados, sus indicaciones generales y las observadas en el Museo. En el anexo correspondiente que se encuentra al final de este trabajo puede consultarse la relación esquematizada de estos remedios y sus propiedades.

*Cataplasmas*: Las cataplasmas son pastas, generalmente calientes, que se empleaban con bastante frecuencia por su efecto calmante y emoliente. La pasta se prepara mezclando un líquido (agua, leche, infusiones...) con miga de pan, harina, arroz u otros frutos. Posteriormente, se envuelve en un lienzo y se aplica sobre la piel<sup>318, 319</sup>.

En las historias clínicas de los modelados del Museo se aprecia la utilización de las cataplasmas en diferentes procesos, principalmente buscando ablandar costras o modificar la inflamación. No es rara tampoco su aplicación envolviendo otros tópicos, a modo de cura oclusiva. Aunque hay multitud de cataplasmas diferentes según el efecto buscado, se mencionan en este apartado las que se reflejan en los historiales del Museo.

Se observa con frecuencia el empleo de ***cataplasmas de harina de arroz***, que buscan un efecto emoliente. Se utilizan para reblandecer las costras que aparecen en úlceras de diverso origen, como chancros, “*escrofúlides*” o “*lupus*” (hc-83, hc-85, hc-86, hc-134,

hc-172, hc-175). Una indicación de estas cataplasmas son las costras de tiñas fávicas, de forma que puedan desprenderse posteriormente con la ayuda de un baño general templado (hc-132, hc-g). También se utilizan para macerar lesiones muy queratósicas, como las rupias sifilíticas (hc-50).

Es de suponer que cuando se menciona la aplicación de *cataplasmas emolientes*, como ocurre en alguna historia clínica (hc-219), se refieran a una cataplasma de harina de arroz, o bien de miga de pan, de propiedades similares<sup>320</sup>.

Otro tipo son las *cataplasmas de harina de linaza*. Éstas se utilizaban para combatir el prurito y el calor, aunque poseían el inconveniente de producir lesiones pustulosas si la harina de linaza no era muy fresca<sup>321, 322</sup>. En el Museo se refleja el uso de estas cataplasmas tras drenar tumefacciones y abscesos (hc-1, hc-3). También se aplica la cataplasma de harina de linaza sobre la pomada de belladona (atropina), buscando la oclusión del preparado, para hacer fluctuante un absceso antes de drenarlo (hc-25):

*“Se le dispuso fricciones con la pomada de belladona y cataplasmas de harina de linaza encima, agentes que obligaron a que se formara el pus en toda la extensión del bubón.”*

En algunos historiales se mencionan las *cataplasmas anodinas*. Estas cataplasmas tienen como particularidad la adición de opio (adormidera), buscando un mayor efecto calmante<sup>320</sup>. Se aplicaron sobre periostitis sifilíticas (hc-58) o para disminuir la importante inflamación provocada por un chancro en el pene, cubriendo el ungüento mercurial con esta cataplasma (hc-31)<sup>a</sup>.

Un tipo especial de cataplasma es la cataplasma fría. La vemos empleada en una ocasión, bajo el nombre de *cataplasmas de hielo machacado* entre dos trapos. Se aplicó, sin éxito, sobre los globos oculares de un paciente con una conjuntivitis que parece ser de origen gonocócico (hc-20). Las cataplasmas frías servían para abortar la inflamación en ciertas oftalmías, debiendo renovarse con bastante más frecuencia que las calientes<sup>323</sup>.

---

<sup>a</sup> En este caso se señala la composición completa de la cataplasma, que además de opio estaba formada por miga de pan, leche y azafrán (hc-31).



La *cataplasma saturnina*, también denominada *cataplasma resolutive*, contiene plomo<sup>324, 325</sup>. Se empleaba “*en los tumores inflamatorios, cuando han dejado de estar sensibles y es necesario excitarlos ligeramente*”<sup>326</sup>. En el Museo se indican las cataplasmas saturninas para excitar los bordes de un chancroide (hc-22) y para conseguir la supuración de una adenitis inguinal (hc-80).

*Tiras de emplasto de Vigo*: Son muchas las historias clínicas en las que se nombran las tiras de emplasto de Vigo. Los emplastos son parecidos a los ungüentos, aunque más consistentes y adherentes. Se emplean extendiéndolos en una tela tras ser calentados<sup>327</sup>. Varían según su composición: algunos sólo están compuestos de resinas y ceras (emplastos adherentes o esparadrapos), mientras que otros añaden polvos, extractos vegetales, metales, aceites u otras sustancias<sup>328</sup>.

El emplasto de Vigo, también denominado emplasto o cerato de ranas, fue creado por Juan de Vigo, cirujano genovés del siglo XVI. Para su elaboración se necesitaban ranas vivas, gusanos de tierra, diferentes flores, raíces, vinagre, vino blanco, óxido de plomo, aceites, ceras, trementinas... y, opcionalmente, se podía añadir mercurio, lo que le daba una tonalidad grisácea. El empleo de ranas y gusanos fue abandonado paulatinamente por los farmacéuticos, por ser inútil para la fórmula<sup>329</sup>, pero este emplasto mercurial, con modificaciones, se seguía utilizando ampliamente en el siglo XIX<sup>330</sup>, como podemos apreciar en los historiales del Museo.

En las historias clínicas se observan empleadas las tiras o parches del emplasto de Vigo, casi siempre mezclado con mercurio, en el tratamiento de diferentes tipos de úlceras, sobre todo si se buscaba cierta compresión sobre la herida. Estos parches con mercurio se utilizaban sobre chancros (hc-35), a veces bajo la denominación de “*emplasto de ranas con mercurio*” (hc-204).

También se emplea el emplasto de Vigo en otros procesos infecciosos o ulcerosos no sífilíticos, aprovechando el poder antiséptico del mercurio y la compresión de las tiras aglutinantes; es decir, a modo de esparadrapo antiséptico. Así, se indicó para tratar un

divieso y evitar que se abriera a la piel (hc-112), para vendar úlceras (hc-110, hc-118) y para combatir los cambios tróficos producidos por el linfedema (hc-96, hc-97, hc-c).

*Polvos de almidón*: Los polvos de almidón se utilizaban como calmantes en multitud de erupciones pruriginosas, como eccemas (hc-81, hc-92, hc-103), escabiosis (hc-73, hc-74), varicela (hc-82) y otras (hc-79, hc-80, hc-85). El almidón era uno de los mejores antipruríticos tópicos que se poseía en el arsenal terapéutico de finales del siglo XIX. Un ejemplo de su utilización se puede apreciar en la historia clínica de un niño con un eccema en el cuello (hc-92):

*“El síntoma picor, que entre todos era el que más molestaba al enfermito, se había moderado en tales términos que apenas si le ocasionaba ya incomodidad, y sólo de vez en cuando calmaba la excitación renovando los polvos de almidón después de haber desprendido con mucho cuidado los que se habían adherido.”*

*Polvos de alumbre calcinado*: Los polvos de alumbre, por sus propiedades antisépticas y cáusticas<sup>331</sup>, se aplicaron sobre diversos tipos de úlceras, tras lociones con agua saturada de clorato potásico (hc-26, hc-86, hc-172, hc-175). Buscando un efecto exclusivamente cáustico, se mezclaban a partes iguales los ***polvos de sabina, alumbre y óxido férrico***. Esta mezcla se utilizó para tratar, con éxito, unas “vegetaciones” (verrugas víricas) en el labio superior (hc-9). Los polvos de sabina se extraen de las hojas de un arbusto (*Juniperus sabina*), y poseen un efecto muy irritante<sup>332</sup>. De esta forma, con la mezcla de sabina, alumbre y óxido férrico, se podían eliminar ciertas verrugas víricas, aunque el método de elección para ello fuese el quirúrgico<sup>333</sup>.

*Solución de ácido fénico*: El ácido fénico (fenol) es una sustancia obtenida a partir de la brea de hulla que fue descubierta en 1834<sup>334</sup>. Muy poco después de su descubrimiento se experimentó con el ácido fénico en la práctica clínica de forma entusiasta, obteniéndose esperanzadores resultados en diversas patologías, debido a su acción hemostática, irritante y antiséptica<sup>335</sup>. Este remedio constituyó toda una revolución terapéutica a mediados del siglo XIX, y su variada utilización se ve reflejada en múltiples historias clínicas del Museo, tanto de forma tópica como sistémica.

Constituye, además, un medicamento al que Olavide dedicó una clarificadora monografía<sup>336</sup>.

De forma tópica, se indicó principalmente como antiséptico, en “*disolución acuosa normal de ácido fénico*” o “*cura fenicada*”, sobre erosiones, úlceras o pequeñas costras (hc-38, hc-45, hc-79, hc-83, hc-111, hc-203, hc-223). Esta disolución acuosa normal de ácido fénico tenía la siguiente composición<sup>336</sup>:

“Ácido fénico.....5 gramos.  
Alcohol.....10 gramos.  
Agua.....100 gramos.”

Algunos métodos de utilización del ácido fénico son curiosos, como su aplicación en pulverizaciones a una úlcera sifilítica en la faringe (hc-153) o en forma de enemas en el recto (hc-162)<sup>a</sup>.

Existen también resultados sorprendentes con la utilización del ácido fénico. En un caso que podría corresponder a un pioderma gangrenoso generalizado, el tratamiento más eficaz, de entre todos los que se emplearon, fue dicha solución (hc-115).

También se observa empleado el ácido fénico disuelto al 10% en alcohol. De esta forma se indicó en un paciente con lepra, aplicándolo sobre los lepromas de la cara y, curiosamente, también sobre los de la córnea (hc-127). En un enfermo diagnosticado de “*elefantiasis de los árabes*” en una pierna, a pesar de no existir ulceración, se utiliza el alcohol fenicado en forma de embrocaciones (hc-133). Finalmente, el ácido fénico se emplea frecuentemente en forma de toques sobre las pústulas de la viruela, previniendo de esta manera su sobreinfección (hc-87, hc-129-130).

Tampoco son raros los baños generales añadiendo 30 gramos de ácido fénico, útiles sobre todo en cuadros pruriginosos<sup>336</sup>. Vemos empleado este tipo de baño en una psoriasis generalizada (hc-186) y en un caso de lepra (hc-128).

---

<sup>a</sup> Para realizar enemas de ácido fénico en el recto en un caso de ulceraciones anales sifilíticas, la solución de ácido fénico se rebaja a la mitad: “*enemas de disolución acuosa normal de ácido fénico y agua a partes iguales*” (hc-162).

*Alcohol alcanforado*: En las historias clínicas del Museo se aprecia la utilización del alcanfor disuelto en alcohol, como antiséptico, en las curas de úlceras sifilíticas (hc-140, hc-290) o tras diferentes intervenciones quirúrgicas (hc-8, hc-210). Además de su acción antiséptica, se aprovechaban las propiedades “*excitantes*” que posee el alcanfor sobre los tejidos<sup>337</sup>. Es decir, para favorecer el tejido de granulación. Esto queda reflejado en un historial, donde se relata cómo se utilizó este compuesto para prevenir la necrosis de las incisiones practicadas sobre el escroto (hc-210):

*“[...] amenazando el esfacelo [gangrena] los tejidos en que se habían practicado las sajas, se dispuso lavatorio y cura cuádruple con alcohol alcanforado.”*

También se utilizó el alcanfor como calmante y refrescante (hc-98, hc-116), propiedad ya conocida en aquella época<sup>338</sup>, y para lo que se sigue añadiendo a algunos preparados de hoy en día, como el famoso *Vicks VapoRub*®.

*Nitrato de plata*: El empleo del nitrato de plata como cauterizante estaba extendidísimo en el Hospital de San Juan de Dios, tal como se aprecia en las historias clínicas del Museo. Solían utilizar el nitrato de plata fundido, también denominado “*piedra infernal*”, que es el producto puro. Se preparaba fundiendo los cristales de una solución acuosa de nitrato de plata hasta que toda el agua se evaporara<sup>339</sup>. Con él, aplicándolo mediante toques, se cauterizaban condilomas acuminados (hc-10), chancroides (hc-14, hc-19), el tejido de granulación exuberante de diferentes úlceras (hc-8, hc-16, hc-118, hc-129-130) o ulceraciones amigdalares de la sífilis secundaria (hc-32, hc-37, hc-45). En algún caso se rebaja la concentración del nitrato de plata al 3,5-20% para estas cauterizaciones (hc-47, hc-115).

El nitrato de plata también se empleaba como antiséptico. Para ello se preparaba una solución acuosa al 0,3-1% (hc-39, hc-65, hc-140). Mediante inyecciones vaginales de esta disolución, se trató una vaginitis ocurrida en el curso de una sífilis secundaria (hc-39). Asimismo, se utiliza el nitrato de plata diluido en agua contra un chancro situado en la entrada uretral, tal como podemos leer en su historial (hc-65):

*“La úlcera dura que radicaba, según se ha dicho, en la entrada de la uretra, se logró curar a beneficio de la disolución de nitrato de plata núm. 2 del formulario especial del establecimiento y que es como sigue:*

*Nitrato de plata cristalizado.....5 decigramos.  
Agua destilada.....100 gramos.”*

El texto anterior revela un dato curioso, y es la existencia de un formulario del Hospital de San Juan de Dios, el cual no ha sido recuperado entre los documentos del antiguo Museo.

En conclusión, el nitrato de plata lo vemos empleado como cauterizante con mucha frecuencia, mediante toques, bien puro o ligeramente diluido. También se indicaba como antiséptico y reepitelizante, a una concentración más baja (0,3-1%).

*Hila seca:* Con “hila seca” se hace referencia a un trozo de lienzo fino, sin humedecer, que servía como tratamiento de diferentes heridas. Su aplicación debía respetar los bordes de la lesión, de forma que no impidiera la cicatrización<sup>340</sup>. Además de utilizarlo como desecante<sup>341</sup>, la hila seca tiene un efecto levemente escarótico, por lo que ayuda a impedir la excesiva formación de tejido de granulación<sup>342</sup>.

Muy pocas veces se ve empleada la hila seca entre los historiales del Museo, y siempre para cubrir las úlceras tras realizar cauterizaciones con nitrato de plata o con nitrato ácido de mercurio (hc-10, hc-150-151).

*Cloruro de zinc:* El cloruro de zinc es un cáustico muy potente que era empleado en ciertas ocasiones. En forma de pasta de cloruro de zinc, se utilizó para cauterizar algunas úlceras tuberculosas (hc-83) y neoplásicas (hc-122). Para realizar la pasta, se mezclaba el cloruro de zinc con la harina, añadiendo agua. Al aplicar sobre las úlceras, esta pasta produce una sensación de quemadura al cabo de unos minutos, siendo por lo tanto un tratamiento muy doloroso<sup>343</sup>. Debe ser ésta la razón por la cual el cloruro de zinc no es de los cáusticos más empleados entre los pacientes del Museo.

Aparte de sobre algunas úlceras, también se utilizó el cloruro de zinc para tratar una extensa verruga en mosaico en el dorso del pie (Figura 205). Se puede leer en su historial cómo la base del tratamiento consistió en inyecciones intralesionales de cloruro de zinc en disolución saturada. Además, se aplicó cloruro de zinc disuelto en mitad de agua, y el ácido crómico puro, para la parte más periférica de la lesión. Con ello, y tras seis meses de ingreso, mejoró sólo parcialmente (hc-119).

El cloruro de zinc, a una concentración mucho más baja, también se empleaba como desinfectante en algunas ocasiones (hc-242)<sup>a</sup>.



**Figura 205**  
*“Papiloma del pie derecho”* tratado con cloruro de zinc y ácido crómico (hc-119).

Ácido crómico: El ácido crómico es otro de los cáusticos que se menciona en las historias clínicas, aunque en raras ocasiones. Se aplicó, en forma de ácido crómico puro, sobre chancros que eran recalcitrantes a otros tratamientos (hc-203, hc-204) y en una verruga vírica en mosaico en el dorso del pie (Figura 205).

<sup>a</sup> Se aprecia esta indicación en el historial de un enfermo que parece sufrir un pónfolix en las manos, a quien se le aplicó cloruro de zinc al 5%, previa escisión del techo de las ampollas y lavados con sublimado (hc-242).

*Mucilago de zaragatona*: La zaragatona es una planta que crece en casi toda España y cuya semilla contiene un 10-12% de mucílago hidrosoluble<sup>344</sup>. Este mucílago, al mezclarse con agua, da una consistencia parecida a la clara del huevo<sup>345</sup>, por lo que ocasionalmente se utilizaba como emoliente en forma de lociones (hc-111).

La pasta formada con el mucílago de zaragatona también posee cualidades adhesivas, siendo útil para mantener aproximados los bordes de una herida<sup>346</sup>. Con esta finalidad lo vemos empleado en la reducción de una parafimosis que había acontecido por un chancroide (hc-22).

*Ungüento de estoraque*: El estoraque es una sustancia balsámica obtenida del árbol *Styrax officinale*<sup>347, 348</sup>. Se solía utilizar mezclado con colofonia, trementina y aceite de altea, conformando el ***ungüento de estoraque y altea***, de propiedades “estimulantes” sobre úlceras y heridas que cicatrizan con dificultad<sup>349</sup>. Entre los historiales del Museo lo vemos empleado para obtener tejido de granulación en ciertas heridas, como una úlcera hipogástrica acontecida tras un absceso abierto a la piel (Figura 206). En la historia clínica de esta paciente se explican las razones de dicha utilización (hc-14):



**Figura 206**

“Úlceras blandas en el anillo vaginal; bubón ulcerado en la región hipogástrica”. Su cicatrización se aceleró con el ungüento de estoraque y altea (hc-14).



*“El uso del alcohol desecó y encalleció de tal modo la ulceración, que fue necesario emplear el ungüento de estoraque y altea para avivar aquella superficie y bordes atónicos, y una vez establecida la supuración se inició con ella la cicatrización, que avanzó regularmente y con rapidez hasta la completa cicatrización.”*

Las propiedades irritantes que se adivinan por la composición de este ungüento eran utilizadas en úlceras y heridas de causas varias, siempre buscando acelerar la cicatrización cuando ésta se había detenido (hc-26, hc-44, hc-129-130, hc-210).

En algún paciente se indica el **ungüento digestivo animado** para “excitar” la reepitelización de una herida (hc-8). Puede que con este preparado se refieran al ungüento de estoraque, ya que la composición del ungüento digestivo animado contiene trementina, yema de huevo, aceite de hipericón y estoraque líquido<sup>349</sup>, por lo que ambos ungüentos son muy similares, y con idénticas propiedades.

**Mercurio tópico:** El mercurio era durante el siglo XIX el único remedio conocido que resultaba eficaz para combatir la sífilis. Con este fin se venía utilizando desde siglos atrás. En España, rica en yacimientos de mercurio, se extraía principalmente de las minas de Almadén y Almadanejos, en Sierra Morena, y se exportaba a múltiples países. El número de formulaciones tópicos y sistémicas que incorporaban mercurio era enorme, y aunque todas ellas poseían propiedades antisifilíticas, el mercurio metálico constituía el remedio más potente contra la enfermedad<sup>350</sup>.

La mayor dificultad para la preparación de ungüentos y pomadas mercuriales radicaba en el enfriamiento del metal, para lo que los farmacéuticos empleaban diferentes procesos<sup>351</sup>. Como vehículo se solía utilizar la manteca de cerdo, en proporciones variables según el cuadro y la forma de tratamiento. La preparación debía ser reciente, ya que si la manteca se oxidaba producía eccemas de contacto en la zona de aplicación<sup>352</sup>.

Entre los historiales del Museo abundan los preparados tópicos con mercurio. Es muy frecuente el empleo del **ungüento mercurial** para tratar los chancros (hc-23, hc-28, hc-29, hc-38, hc-40). Este preparado llevaba una parte de mercurio por tres de

manteca<sup>350</sup>, y era también conocido como *ungüento napolitano*, que es el nombre empleado en alguna historia clínica (hc-153). En ocasiones, se prescribe el *ungüento mercurial doble* (hc-41, hc-50, hc-66), en referencia al preparado tópico de máxima concentración, que contenía un 50% de mercurio<sup>350</sup>.

El ungüento mercurial era el preparado tópico empleado para realizar las **fricciones** en los casos de sífilis secundaria o terciaria. Esta técnica consistía en masajear el compuesto mercurial en una zona del cuerpo, buscando su absorción sistémica. De hecho, no era raro que los enfermos padecieran efectos secundarios como la sialorrea, que se observaban igualmente con la administración del mercurio por vía oral<sup>350</sup>.

Existían varias modalidades en la forma de realizar las fricciones: fricciones sobre las extremidades, los pies, los genitales, axilas, mucosa yugal, labios, etc.<sup>350</sup> El Hospital de San Juan de Dios fue un centro de fama internacional en el manejo del mercurio como antisifilítico, y más aún en el método de las fricciones. En este Establecimiento se comenzó a aplicar la técnica en el siglo XVII, llevada a cabo mediante un complicado ritual que comprendía sangrías, purgas y baños acompañando las fricciones mercuriales. En el siglo XIX, los preparativos ya no eran tan complejos y molestos para el enfermo, y simplemente se lavaba y rasuraba la zona a friccionar. El ungüento mercurial se extendía de forma lenta y continua durante diez minutos, para posteriormente envolver la parte friccionada con lienzos y vendas hasta el día siguiente<sup>353</sup>.

La persona encargada de realizar la fricción se protegía con un guante y aplicaba el ungüento sobre una extremidad, preferentemente en su cara interna, por ser ésta una zona que permitía una mayor absorción del fármaco. Para prevenir la irritación que producía este ungüento, se alternaba a lo largo de los días la extremidad sobre la que se realizaba la fricción<sup>350</sup>.

Podemos apreciar un ejemplo de tratamiento mercurial mediante fricciones en una mujer que padecía una sífilis secundaria, con lesiones afectando los genitales, muslos e hipogastrio. Se aplicó el ungüento mercurial en la planta del pie<sup>a</sup>, tal como se describe en su historial (hc-41):

---

<sup>a</sup> La planta del pie se consideraba una zona muy adecuada para la absorción del fármaco.

*“Ungüento mercurial doble cuatro gramos para fricción en la planta del pié izquierdo. Cada dos días la fricción mercurial cambiaba del izquierdo al derecho y viceversa, lavando previamente con aceite la superficie embadurnada, para facilitar la absorción del mercurio.”*

Éste y otros ejemplos ilustran cómo mejoraban muchos casos de sífilis secundaria mediante fricciones en las plantas o en los muslos, sin utilizar los mercuriales orales (hc-203, hc-215) (Figura 207). En otros casos, las fricciones acompañaban al tratamiento oral con píldoras de mercurio y/o yoduro potásico en la sífilis sistémica (hc-207, hc-225, hc-291).



**Figura 207**

*“Roseola sífilítica”* tratada con fricciones mercuriales (hc-215).

Cabe reseñar, según lo observado en las historias clínicas, que los pacientes con sífilis secundaria o terciaria recibían, además del tratamiento tópico-local, mercuriales orales y/o fricciones mercuriales buscando su efecto sistémico. No ocurría lo mismo en todos los enfermos con sífilis primaria, en los que es muy frecuente que se limiten a aplicar el ungüento mercurial exclusivamente a nivel del chancro.

***Pomada de protoyoduro de mercurio:*** El mercurio tópico también se utilizaba en forma de pomada de protoyoduro de mercurio. Esta pomada se preparaba igualmente en manteca, pero con una concentración menor de mercurio que la del ungüento mercurial<sup>354</sup>. La adición de yodo convertía a la pomada en un preparado antisifilítico muy eficaz<sup>355</sup>. Se utilizó la pomada de protoyoduro de mercurio sobre lesiones de sífilis, tanto en estadio primario, como secundario y terciario (hc-35, hc-42, hc-142, hc-143, hc-194). La concentración de protoyoduro mercurial era variable<sup>a</sup>, aunque en general rondaba el 5%.

***Pomada de calomelanos:*** Se trata de otro preparado tópico a base de mercurio que se encuentra reflejado en los historiales del Museo. La pomada de calomelanos contenía cloruro de mercurio sublimado<sup>356</sup>, y se utilizó en afecciones no sifilíticas, como desinfectante para curas de diferentes heridas (hc-110, hc-146). La concentración de cloruro de mercurio en esta pomada rondaba el 10% (hc-110).

Es posible que entre los medicamentos tópicos se empleara, en ocasiones, el nombre de “calomelanos” como sinónimo de “sublimado corrosivo”. Estos dos preparados no comparten la misma forma mercurial<sup>350, 357</sup>, necesitando distintos vehículos para su aplicación<sup>b</sup>. El calomelanos contiene monoclóruo de mercurio, mientras que el sublimado es bicloruro de mercurio<sup>358</sup>.

El ***sublimado corrosivo*** es un preparado mercurial (bicloruro de mercurio) que se menciona varias veces en las historias clínicas de este Museo. Se empleó, adicionándolo en polvo al baño, como tratamiento adyuvante de la sífilis sistémica (hc-57, hc-215)<sup>c</sup>, pero se prescribe con más frecuencia contra las tiñas del cuero cabelludo, en forma de pomada de sublimado corrosivo (hc-76, hc-132), y en ocasiones mezclando el sublimado con brea (hc-77, hc-g). El mercurio tópico sublimado y la depilación constituían la base del tratamiento de muchas tiñas del cuero cabelludo reflejadas en el Museo. La concentración de sublimado en estas pomadas era del 0,5-1%, empleando la manteca como vehículo (hc-76, hc-132).

<sup>a</sup> Las concentraciones del protoyoduro de mercurio en pomada, según se consignan en algunas historias clínicas, son las siguientes: 3,3% (hc-134); 4% (hc-167); 5% (hc-51); 10% (hc-142, hc-143).

<sup>b</sup> El calomelanos es insoluble en agua y en alcohol, mientras que el sublimado corrosivo sí es soluble y se puede incorporar a diversos vehículos.

<sup>c</sup> 15 gramos de sublimado corrosivo en un baño general templado (hc-57).

El sublimado corrosivo también se utilizó como antiséptico, antes y después de la cirugía, en solución diluida al 0,05-0,1% (hc-226).

***Gargarismo de Ricord:*** El *Gargarismo de Ricord* era un colutorio administrado con mucha frecuencia en pacientes con lesiones sifilíticas en la faringe, tal como se recoge en los historiales del Museo. Philippe Ricord fue un médico francés mundialmente conocido por sus investigaciones sobre las enfermedades venéreas. Son varios los colutorios ideados por él, tanto para las úlceras y accidentes sifilíticos en la orofaringe, como para las estomatitis producidas por los tratamientos mercuriales<sup>359, 360</sup>. Sin embargo, la prescripción del *Gargarismo de Ricord* en estos historiales se realiza siempre en el contexto de faringoamigdalitis y úlceras bucales sifilíticas (hc-32, hc-33, hc-37, hc-45, hc-57, hc-65, hc-134, hc-140), por lo que es de suponer que se refieren al colutorio que contiene una forma de mercurio como principio activo (el *sublimado corrosivo*) en un cocimiento de cicuta y hierba mora<sup>361, 362</sup>.

El tratamiento con este colutorio se prescribe casi siempre acompañando a un mercurial sistémico, ya que se trata de lesiones de sífilis secundaria. La cantidad de *gargarismo* pautado al paciente rondaba los 120-180 gramos (hc-45, hc-140).

***Pomada de precipitado blanco:*** El precipitado blanco es una cal mercurial compuesta de sal amónica y *sublimado corrosivo* (bicloruro de mercurio) a partes iguales. Se indicaba principalmente como tratamiento de lesiones cutáneas sifilíticas y en la sarna<sup>363</sup>. El nombre de este precipitado mercurial lo recibe por su color, ya que también existía el precipitado de mercurio rojo, el verde o el amarillo, entre otros<sup>364</sup>.

En los historiales del Museo se refleja la utilización de la pomada de precipitado blanco contra lesiones sifilíticas que tienden a persistir a pesar del tratamiento sistémico, o que son especialmente hiperqueratósicas (hc-211-212, hc-215, hc-216, hc-258<sup>a</sup>). Adicionando opio al precipitado blanco, se utilizó para curar un chancro rebelde en el pezón (hc-23).

---

<sup>a</sup> La concentración indicada de precipitado blanco en pomada es del 5% (hc-258).

Este compuesto mercurial también se empleó en polvo con el fin de acelerar la resolución de un chancro sifilítico hipertrófico en la vulva (hc-282). Por último, y como indicación curiosa, Olavide lo aplicó sobre las lesiones de pelagra en el dorso de las manos (hc-e).

***Polvos de precipitado rojo:*** El precipitado rojo es el óxido de mercurio obtenido por el calentamiento del metal al aire libre durante quince días<sup>365</sup>. Se utilizó en forma de polvos para destruir un ganglio inguinal abscesificado que impedía la cicatrización (hc-25).

El ***precipitado amarillo*** se obtiene adicionando ácido sulfúrico al mercurio<sup>366</sup>. Sólo se hace referencia a este tratamiento en la etiqueta de una figura, que parece representar una piodermatitis (vid Figura 73 en pág. 139), donde se indicó como antiséptico (fr-121).

***Pomada de biyoduro:*** La denominada *pomada de biyoduro* contiene biyoduro de mercurio al 2% en manteca benzinada, y se reservaba para afecciones sifilíticas rebeldes<sup>367</sup>. Únicamente se empleó para tratar unas infiltraciones gomosas en los codos por una sífilis terciaria, acompañando al tratamiento sistémico con yoduro potásico y fricciones mercuriales (hc-291).

***Nitrato ácido de mercurio:*** El nitrato ácido de mercurio se utilizaba extensamente como cáustico sobre úlceras y tuberosidades<sup>368</sup>. En algunos casos, como en las “*vegetaciones*” (condilomas acuminados), constituía el cáustico de elección<sup>369</sup>. Para su preparación se añadían 30 gramos de ácido nítrico por cada 4 gramos de protonitrato de mercurio<sup>331</sup>.

Entre los enfermos del Museo se utilizó el nitrato ácido de mercurio para cauterizar úlceras varias (hc-19, hc-66, hc-140, hc-174), condilomas perianales (hc-10, hc-43, hc-150-151, hc-163, hc-164) y placas sifilíticas en la orofaringe (hc-f)<sup>a</sup>. Este cáustico producía una escara dura y seca (hc-140), lo que da una idea de su potencia.

---

<sup>a</sup> En este caso, diluyendo el nitrato ácido de mercurio en agua a partes iguales (hc-f).

Permanganato potásico: La solución de permanganato potásico no era muy utilizada, por lo observado en los historiales del Museo. Se empleó, junto a múltiples cáusticos, y sin éxito, para tratar un “*fagedenismo serpiginoso del pene*”<sup>a</sup> que acabó gangrenando el miembro (hc-19).

Colirio de Fernández: El “*colirio de Fernández de la Farmacopea Española*” era una solución mucilaginoso que contenía trementina, bicloruro de mercurio y yema de huevo, entre otras sustancias. Se utilizaba en inyecciones, como antivenéreo<sup>370, 371</sup>, aunque en el Museo se suele emplear como antiséptico tópico. En algunas historias clínicas se refieren a esta solución como el *colirio de Fernández reformado de la F. E.*<sup>b</sup> (hc-148), el cual se componía de goma arábica en vez de yema de huevo<sup>370</sup>:

*“Trementina, 16 g.*

*Goma arábica, 32 g.*

*Cloruro mercurioso precipitado (precipitado blanco), 2 g.*

*Alumbre*

*Licor anodino de Hoffman<sup>c</sup>*

*Alcanfor*

*Agua, 750 g.”*

} a.a. 4 g.

En el Museo se indica el colirio de Fernández para tratar chancros, chancroides (hc-16, hc-67, hc-174, hc-231) y en curas de heridas varias (hc-3, hc-13, hc-163, hc-223, hc-257), principalmente como remedio adyuvante. La solución suele rebajarse con alcohol (hc-3, hc-13, hc-16), tal como se indica, por ejemplo, tras el drenaje de abscesos (hc-3):

*“Los múltiples trayectos fistulosos que ya existían, y los que se formaron, hicieron necesarias amplias escisiones para evitar estancaciones purulentas; aplicando la cura con la mezcla de alcohol (dos partes) y colirio de Fernández (seis partes).”*

<sup>a</sup> Esta figura no ha sido aún recuperada, pero, por la historia clínica, podría corresponder a un chancroide o un granuloma inguinal (hc-19).

<sup>b</sup> F. E.: Farmacopea Española.

<sup>c</sup> El licor de Hoffman se compone de alcohol y ácido sulfúrico.



**Sulfato de cobre:** El sulfato de cobre se empleaba, al igual que hoy en día, como antiséptico y astringente en heridas varias. La proporción utilizada variaba entre el 1 por 100 y el 1 por 600 en agua (hc-8, hc-150-151).

**Colirio verde:** El colirio verde es una solución acuosa de subacetato de cobre al 1%<sup>372</sup>, que tiene propiedades similares a las del sulfato de cobre<sup>a</sup>. Este colirio posee efectos irritantes y antisépticos sobre la piel y mucosa, y se utilizaba antiguamente en el tratamiento de diversas úlceras, uretritis<sup>373</sup> y oftalmías crónicas supurantes<sup>374</sup>.

Por lo reflejado en los historiales del Museo, son principalmente los Dres. Castelo y Martínez quienes empleaban el *colirio verde*. Se utiliza buscando la formación de tejido de granulación y como antiséptico. Así, esta solución sirvió para las curas de diversas úlceras (hc-14, hc-16, hc-32, hc-39, hc-66, hc-153) y de heridas quirúrgicas (hc-7, hc-21, hc-22, hc-43, hc-218). También era administrado en forma de inyecciones intrauretrales e intravaginales en uretritis y vaginitis venéreas (hc-41, hc-51, hc-143).

**Atropina:** La atropina o belladona ya era utilizada antiguamente por sus efectos anticolinérgicos. En los historiales del Museo la encontramos aplicada en solución y en pomada. Como solución, se empleaba el ***colirio de sulfato neutro de atropina*** para conseguir la dilatación de la pupila (midriasis) ante las inflamaciones del segmento anterior de ojo, al igual que se sigue haciendo hoy en día. Durante el siglo XIX ya era bien conocido que la contracción del iris evitaba la formación de adherencias cicatriciales en la pupila<sup>375</sup>.

Entre los pacientes reflejados en el Museo se aplicó el colirio de atropina para tratar las iritis que con tanta frecuencia se observaban como expresión de la sífilis secundaria (hc-48, hc-57, hc-150-151). La concentración señalada de atropina en estos colirios variaba entre el 0,2 y el 0,7% (hc-57, hc-150-151), similar a la empleada actualmente.

La ***pomada de belladona*** se indicaba como tópico antiespasmódico y calmante<sup>376</sup>. De esta forma la vemos empleada en el Museo, con el fin de acelerar la maduración de un

---

<sup>a</sup> El sulfato de cobre contiene una sal de ácido sulfúrico, mientras que el subacetato de cobre se compone de hidróxido cúprico y acetato de cobre. El principio activo, en ambos casos, es el cobre.

absceso antes de drenarlo (hc-25). Para la preparación de esta pomada, se mezclaba una parte de atropina por cuatro partes de manteca de cerdo<sup>377</sup>.

También se utilizaba la ***pomada de belladona hidrargírica***, que contiene una mezcla de atropina y mercurio<sup>378</sup>. Se indicó en forma de fricciones alrededor de la órbita en un caso de iritis sifilítica (hc-150-151).

***Colirio de yoduro potásico***: El colirio de yoduro potásico es una solución acuosa de yoduro de potasio al 0,15%, empleada en colirios, fomentos y lociones para afecciones “*escrofulosas*”, con las mismas indicaciones que el yoduro de potasio oral<sup>379</sup>. En el Museo se encuentra pautado, en forma de colirio, junto al colirio de atropina para instilaciones en los ojos en un caso de lepra que afectaba las conjuntivas (hc-127).

***Agua clorurada***: El cloruro disuelto en agua, a diferentes concentraciones, era muy empleado como antiséptico en heridas, piel sana y fómites<sup>380</sup>. En los historiales del Museo lo vemos utilizado como desinfectante en úlceras venéreas (hc-16, hc-174) y otras heridas (hc-126). Se puede leer una precisa descripción de su forma de utilización en un caso de necrosis cancerosa genital e inguinal (hc-126):

*“Lavatorios con agua clorurada, dejando caer el chorro fino de un irrigador de hojalata desde la altura de medio metro sobre la lesión ulcerosa de la ingle, y cura después con algodón fenicado y empapado en dicha agua.”*

***Yodo***: El yodo de forma tópica se empleaba muy frecuentemente, bajo la denominación de ***tintura de yodo*** o ***tintura alcohólica de yodo***<sup>a</sup>. Se trata de una solución de yodo en alcohol, que se preparaba a diferentes concentraciones (1 parte de yodo por 8 a 19 partes de alcohol)<sup>381</sup>. Otras mezclas de yodo, empleadas con las mismas funciones, eran la ***tintura etérea de yodo***, formada mediante el éter sulfúrico<sup>382</sup>, y las soluciones con ***yodoformo***, preparadas mezclando yodo, bicarbonato potásico, agua y alcohol<sup>383</sup>.

Estas diferentes soluciones yodadas se indicaron en forma de “embrocaciones” (derramando lentamente) sobre diferentes lesiones de sífilis (hc-40, hc-54, hc-153) o

---

<sup>a</sup> La palabra “yodo” se encuentra escrita como “*iodo*” en la mayor parte de los historiales del Museo.

para “barnizar” chancros (hc-66, hc-67). También se utilizan en procesos linfedematosos, en forma de “fajas” (gasas) o pintando el miembro afecto (hc-96, hc-133); en manchas anestésicas de lepra, donde la tintura de yodo no consiguió ningún resultado (hc-128), y en ulceraciones diversas (hc-95, hc-111, hc-c).

Otros preparados tópicos a base de yodo eran la ***pomada de yodo*** y la de ***yodoformo***, que se formulaban en manteca<sup>384</sup> y se indicaban para úlceras varias (hc-83, hc-129-130, hc-162). En su forma sólida, se utilizaban los ***polvos de yodoformo*** para realizar curas de diferentes heridas, como las producidas por extirpaciones, cauterizaciones (hc-202, hc-203, hc-226) o tuberculosis cutánea en la cara (hc-d).

El objetivo de estos preparados yodados no era sólo antiséptico, sino que también se buscaba una leve irritación sobre los tejidos, con el fin de conseguir la cicatrización si ésta se había detenido.

*Preparados azufrados:* En este Museo se aprecia la utilización de varios compuestos derivados del azufre. Uno de ellos es la ***pasta carbo-sulfúrica***, mezcla que contiene dos partes de carbón por cada parte de ácido sulfúrico<sup>385</sup>. Por sus propiedades cáusticas, se empleó para inducir la cicatrización de ulceraciones con importante necrosis (hc-18, hc-19, hc-44, hc-126). Encontramos una explicación de la elaboración de esta pasta y su forma de utilización en un caso de necrosis por una neoplasia genital (hc-126):

*“Se hizo uso de una pasta cáustica, en cuya composición entran el carbón vegetal finamente pulverizado y el ácido sulfúrico, haciendo la mezcla de modo que por la adición del ácido sobre el carbón resulte un cuerpo que tenga la consistencia de miel blanda. Dicha pasta carbo-sulfúrica, siendo tan ávida de humedad, produjo una escara seca, encogida, negra y adherente, la que empezó a desprenderse a los cuatro días [...]”*

Ni este tratamiento, ni los demás cáusticos que se ensayaron, evitaron la progresión del carcinoma, y el paciente falleció un mes después “*víctima de una infección pútrida*” (hc-126).

La ***pomada de Helmerich***, también denominada ungüento sulfurado alcalino<sup>386</sup>, contenía azufre sublimado (20%) y carbonato de potasa (10%) en manteca de cerdo. Se indicaba comúnmente como tratamiento de la sarna<sup>387</sup>. El azufre constituía el mejor remedio conocido contra la escabiosis, mientras que la adición del álcali permitía una retirada más fácil de la pomada en los lavados posteriores<sup>388</sup>.

En las historias clínicas del Museo se refleja la aplicación de la pomada de Helmerich en casos de sarna (hc-73, hc-74). Una de ellas contiene una excelente descripción del tratamiento llevado a cabo por Olavide, quien advierte al lector de la necesidad de no confundir el prurito ocasionado por el azufre con la persistencia de la escabiosis (hc-73):

*“Plan curativo: Sencillo por demás, se redujo a las fricciones generales con la pomada sulfo-alcalina de Helmerich por tres días, y el empleo de los polvos de almidón en abundancia, alternando con la pomada. Completose el tratamiento, fácil, económico y nada molesto, con los baños templados, cuyo objeto se reduce en estos casos a procurar limpieza en la piel, moderar el efecto tópico irritante del preparado parasitocida sobre el tegumento cutáneo y arrastrar de este modo los productos que aún quedan obrando como agentes mecánicos sobre las papilas nerviosas y que dan lugar a picor de naturaleza distinta al que es propio de la enfermedad. Este hecho, que deberá tenerse en cuenta para no incurrir en fáciles equivocaciones, creyendo en la persistencia del animal, cuando realmente ha desaparecido, requiere para ser con ventaja dominado, someter al paciente al uso exclusivo de los polvos de arroz como la enferma estuvo por espacio de ocho días, al cabo de los cuales salió positivamente curada.”*

Otro compuesto derivado del azufre es la ***limonada sulfúrica***. Se trata de una solución acuosa de ácido sulfúrico al 0,1%, utilizada por vía oral como “*atemperante*”<sup>389</sup> y antidiarreico<sup>390</sup>. De forma tópica, se empleaba en cuadros exudativos y pruriginosos, ya que el ácido sulfúrico, a bajas concentraciones, posee propiedades astringentes y refrescantes<sup>391</sup>.

Buscando esta función astringente y refrescante, se empleó la limonada sulfúrica en una enferma con pápulas de prurigo en la cara y antebrazos, aplicándola en lociones sobre la erupción (hc-105). También se indicó el azufre en un caso de rosácea (Figura 208), asociando el alcanfor para mitigar la irritación que produce (hc-98):

*“[...] azufre en polvo y éter sulfúrico, aa. 30 gramos, alcohol alcanforado 60 gramos, agua destilada 500 gramos; disuélvase y mézclese para loción doble al sitio afecto.”*



**Figura 208**  
“*Acné rosácea*”, tratado mediante una fórmula que contiene azufre y alcanfor (hc-98).

*Aceite de enebro*: El aceite de enebro se utilizaba en la época del Museo Olavide con mucha más frecuencia que hoy en día. Se prescribía en multitud de cuadros exudativos y/o “*escrofulosos*” de la piel y conjuntivas<sup>392</sup>. Este aceite, bien de forma pura o mezclado con otras sustancias, era durante el siglo XIX uno de los mejores remedios tópicos contra el eccema, la psoriasis y otras patologías descamativas<sup>393, 394</sup>.

En los historiales del Museo se indica el aceite de enebro tal cual, mediante toques, unturas o embrocaciones, en tuberculosis cutáneas (hc-85, hc-86, hc-110, hc-175),

lesiones papulares de sífilis secundaria, liquen plano (hc-204, hc-243) y en tiñas fávicas (hc-132).

El ***aceite de enebro y ácido salicílico*** mezclados se empleó en queratodermias de diverso origen, con una concentración de ácido salicílico del 5% (hc-246, hc-258). Asimismo, la mezcla de aceite de enebro, ácido salicílico y glicerina se utilizó en el tratamiento de una pitiriasis rubra pilar (hc-286).

También se añade el óxido de zinc, conformando la ***pomada de aceite de enebro y óxido de zinc***, “10 gramos de cada cosa”, para su aplicación sobre un eczema agudo (hc-81).

***Glicerina:*** La glicerina se menciona como emoliente utilizado en ictiosis (hc-70-71, fr-275, fr-310), queratosis pilar (hc-268) y en un caso de psoriasis eritrodérmica (hc-114). Es frecuente, además, su uso como vehículo del aceite de enebro y la brea.

***Brea:*** La brea, al igual que el aceite de enebro, se empleaba con mucha más frecuencia que hoy en día. Obtenida de la combustión de la madera del pino, la brea se formulaba en solución acuosa y en pomadas, de cara al tratamiento de diversas patologías pruriginosas, como el eccema, la tiña, el prurigo o la escabiosis<sup>395, 396</sup>.

El ***agua de brea***, que podía administrarse tanto por vía tópica como oral, se preparaba dejando la brea en infusión con agua durante unos días<sup>395</sup>. En los historiales del Museo se indica el agua de brea en forma de lavatorios externos, principalmente en el tratamiento de eccemas (hc-81, hc-102, hc-107) y tiñas (hc-75).

También se prescribía con mucha frecuencia la ***pomada de brea y glicerina*** para unturas en eccemas (hc-81, hc-107, hc-108), tuberculosis cutáneas (hc-85, hc-94), tiñas favosas (hc-132, hc-g), psoriasis (hc-109, hc-114, hc-186) y diferentes erupciones exudativas y pruriginosas (hc-87, hc-95, hc-99, hc-100). En ocasiones se utiliza la pomada de brea y glicerina en cura oclusiva, cubriendo mediante lienzos la piel sobre la que se acaba de aplicar la pomada (hc-108). Como efecto adverso del preparado, se menciona la irritación cutánea que produce la brea (hc-100).

La fórmula más empleada de esta pomada es la adición de brea y glicerina a partes iguales (hc-95, hc-108), aunque en un caso de psoriasis eritrodérmica llegan a aplicar “barnizamientos con brea pura” (hc-114).



**Figura 209**

“*Eczema impetiginoso herpético del dorso de ambas manos*”, tratado con arseniato de hierro por vía oral, además de cataplasmas, pomadas de brea, aceite de enebro y subnitrato de bismuto (hc-107).

Los eccemas y otros cuadros pruriginosos eran la principal indicación de los preparados con brea. Mientras que hoy en día estas patologías se combaten con más eficacia y rapidez gracias a los corticoides, antes de su descubrimiento se necesitaba un tratamiento largo y complejo. Se puede observar un buen ejemplo de ello en el plan curativo realizado sobre una dermatitis de contacto en el dorso de las manos (Figura 209). Se trata de una sirvienta que, por su profesión, lavaba la ropa a mano con mucha frecuencia. Al ingreso se aplicaron cataplasmas de harina de arroz para desprender las costras. Caídas éstas, cinco días después se prescribe la pomada de brea y glicerina durante los siete días siguientes. Tras ello, se utiliza la pasta de aceite de enebro y subnitrato de bismuto. Se suspende esta pasta tras cinco días, y se realizan, por espacio de más de un mes, lavatorios con agua de brea y unturas, de nuevo, con la pomada de



brea y glicerina. Por vía oral se administró arseniato de hierro a lo largo de todo el ingreso, el cual duró dos meses, espacio de tiempo necesario para resolver el eccema (hc-107).

Resorcina: La resorcina, aún utilizada hoy en día como antiacneico y queratorregulador, se refleja en los historiales del Museo principalmente como antiséptico de úlceras, mediante una disolución de resorcina al 5-10% (hc-66, hc-231). También se emplea como cauterizante de un extenso chancro sifilítico, mezclando la resorcina con alcohol a partes iguales (hc-231). En forma de pomada, la resorcina se aplicó en fricciones por todo el cuerpo sobre un paciente con una psoriasis generalizada (hc-186).

Pomada de ácido crisofánico: El ácido crisofánico es una antraquinona que se obtiene de algunas plantas, como el ruibarbo<sup>397</sup>, y que posee un efecto queratolítico y queratorregulador, por lo que aún hoy se emplea, aunque en contadas ocasiones, en psoriasis, eccemas y micosis, a una concentración que ronda el 1%. La crisarrobina y el ditranol son dos derivados del ácido crisofánico<sup>398</sup>. En el Museo se indica la pomada de ácido crisofánico en un caso de eccema en los antebrazos, sin conseguir resultados (hc-106).

Pomada de ácido pirogálico: El ácido pirogálico proviene del ácido gálico<sup>399</sup>, el cual se extrae de algunos arbustos y servía en la preparación de lociones astringentes<sup>400</sup>. El ácido pirogálico (trihidroxibenzol) tiene un poder antiséptico, queratolítico y reductor, por lo que sigue empleándose, muy ocasionalmente, en el tratamiento de psoriasis y eccemas<sup>398</sup>.

En una historia clínica del Museo se puede apreciar cómo se aprovechó el efecto queratolítico del ácido pirogálico en pomada (“1,5 gramos por 30 de manteca”) para tratar, con éxito, un cuerno cutáneo (Figura 210). Aún así, el tiempo necesario para resolver esta lesión de manera no quirúrgica fue de cuatro meses (hc-72).

La pomada de ácido pirogálico también se aplicó sobre costras de lesiones sifilíticas y tuberculosas, buscando un efecto antiséptico y queratorregulador (hc-46, hc-110, hc-172, hc-175).



**Figura 210**  
 “Apéndice córneo en la mejilla izquierda”, tratado con queratolíticos (hc-72).

Ácido salicílico: El ácido salicílico se utilizaba como queratolítico de igual manera que hoy en día. Se empleó de forma aislada (hc-258) y mezclado al 5% junto a otras sustancias, como el aceite de enebro, para tratar queratodermias y otras afecciones hiperqueratósicas (hc-246, hc-258, hc-286).

Subnitrato de bismuto: El subnitrato de bismuto, también denominado magisterio de bismuto<sup>401</sup>, se obtiene por la disolución del bismuto en ácido nítrico. Se empleaba por vía oral en cuadros digestivos, mientras que de forma tópica se aplicaba sobre eccemas, impétigos y otras patologías pruriginosas o dolorosas, buscando un efecto sedante<sup>402</sup>. Por su efecto blanqueante, también era utilizado en el campo de la cosmética<sup>403</sup>.

En los historiales del Museo se refleja la aplicación de la ***pomada de subnitrato de bismuto*** en lesiones de sífilis que cursan con molestias locales, como condilomas

planos, úlceras y gomas (hc-47, hc-64, hc-162, hc-211-212). Igualmente se utiliza esta pomada en otras infecciones cutáneas (hc-3, hc-87, hc-93), en el eritema pelagroso (hc-123, hc-125) y sobre úlceras (hc-84, hc-118), buscando siempre una acción calmante local. Para la preparación del compuesto, se añadía un 10% de subnitrato de bismuto a la manteca (hc-123).

En eccemas y otros cuadros escamosos, como la psoriasis, Olavide suele indicar la mezcla de *subnitrato de bismuto con aceite de enebro*, mediante la fórmula siguiente (hc-103, hc-114, hc-118):

*“Aceite de enebro, 6 gramos.*

*Subnitrato de bismuto, 15 gramos.*

*Glicerina, cantidad suficiente para unturas en la parte afecta.”*

*Bromuro potásico*: El bromuro potásico se utilizaba, por vía oral y tópica, como medicina “*anodina*”; es decir, de efecto calmante o sedante<sup>404</sup>. Con esta finalidad se empleó, disuelto en agua al 3%, en instilaciones sobre unas pápulas palpebrales pruriginosas (hc-105). En lociones, con una concentración de bromuro potásico del 6%, se utilizó para calmar un prurito muy intenso en una tuberculosis de la mano (hc-110).

*Agua de bórax*: El bórax es borato de sodio, y era empleado como desinfectante y cicatrizante sobre distintos tipos de úlceras rebeldes a otros tratamientos<sup>405</sup>, bien en forma de soluciones acuosas (1-4%) o en pomada (10%)<sup>406</sup>. En las historias clínicas del Museo, el agua de bórax también recibe el nombre de *borato sódico* o *solución bórica*. Se utilizó esta solución en una conjuntivitis que coincidía con un eccema en el resto del cuerpo (hc-106), en forma de colutorio para úlceras sifilíticas (hc-223) y sobre las vesículas y costras de un herpes zóster, que posteriormente también recibieron pomada boratada (hc-270).

*Sulfato de sosa*: El sulfato de sosa (sulfato de sodio) es, al igual que el borato sódico, una sal empleada en solución tópica para limpiar y desinfectar diferentes úlceras (hc-83, hc-85, hc-87, hc-110). De forma similar se utilizaba el *bicarbonato de sosa*

(bicarbonato sódico) para lavatorios en distintas lesiones cutáneas (hc-17, hc-72, hc-114).

***Tanino:*** El tanino se extrae de varias plantas y árboles, pero sobre todo a partir de la nuez de agalla<sup>407</sup>. Se empleaba por vía oral y tópica, aprovechando su efecto astringente y antiséptico<sup>408</sup>. De forma tópica, una de las indicaciones del tanino eran ciertas oftalmías<sup>372</sup>. De esta manera lo vemos empleado en un paciente que padecía una lepra, a quien se le aplicó un colirio de tanino al 0,3% diluido en agua destilada, con el fin de tratar los lepromas corneales (hc-127).

También se utilizaba la ***mezcla de tanino con vino y agua*** en el tratamiento de uretritis, en forma de inyecciones intrauretrales<sup>409</sup>. De esta manera se administró en algunas uretritis sifilíticas (hc-164, hc-f). La mezcla de tanino, agua y vino, servía igualmente para lavatorios astringentes y antisépticos de lesiones genitales (hc-163).

***Morfina:*** La morfina, extraída de la planta del opio, ya era utilizada en el siglo XIX en varias enfermedades. Como analgésico, se empleaba fundamentalmente para combatir los dolores de origen neuropático<sup>410</sup>. Esta indicación la encontramos en el Museo, donde se emplea en forma de ***lavatorios con cocimiento de adormideras*** sobre un extenso carcinoma basocelular en la cara (hc-121). Otra formulación parecida era la ***pomada de cloruro mórfico*** al 1%<sup>411</sup>. Ésta se utilizó contra los dolores que sufría una paciente con un herpes zóster, mediante la siguiente fórmula (hc-116):

“Cloruro mórfico..... 30 centigramos.

Alcanfor..... 40 centigramos.

Manteca..... 30 gramos.

Mézclese para untura al sitio del dolor.”

El ***extracto tebaico*** es una de las denominaciones que recibía el opio<sup>412</sup>. Su empleo en forma de pomada se realizó junto a un compuesto mercurial (el ***precipitado blanco***) para tratar un chancro en el pezón de una mujer, ya que la úlcera era rebelde al ungüento mercurial y se había vuelto dolorosa (Figura 211). La fórmula utilizada fue la siguiente (hc-23):

*“Precipitado blanco..... 3 gramos.  
Extracto tebaico..... 300 miligramos.  
Manteca fresca..... 30 gramos.  
Mézclese para cura doble.”*



**Figura 211**

*“Chancro sífilítico de la mama y sífilide exantemática”.* El dolor de la úlcera requirió la adición de extracto de opio al bicloruro de mercurio (hc-23).

Con esta pomada y las píldoras de protoyoduro de mercurio y tridacio, la enferma se curó del chancro y, al menos temporalmente, mejoró la sífilis secundaria acompañante (hc-23).

Vino aromático: El vino aromático se preparaba añadiendo 100 gramos de especies aromáticas a 1 litro de vino tinto. Se utilizaba como “tónico” (estimulante de la cicatrización) sobre chancros y otras úlceras, en forma de fomentos<sup>413, 414</sup>. En uno de los pacientes reflejados en el Museo se empleó para las curas de una úlcera varicosa en la pierna, que ya se encontraba en proceso de cicatrización (hc-118).

Clorato potásico: El clorato de potasa era una medicación administrada por vía tópica y oral, especialmente contra artritis y estomatitis de diverso origen, gracias a sus cualidades “*alterantes y contraestimulantes*”<sup>415</sup>. La indicación *princeps* del clorato potásico entre los pacientes modelados para el Museo era la estomatitis y sialorrea producidas por los tratamientos mercuriales. Para combatir estos efectos adversos se preparaba un colutorio acuoso de clorato de potasa, al que se añadía jarabe de limón, con el fin de mitigar su sabor desagradable<sup>416</sup>. La concentración de clorato de potasa empleada era del 3-6% (hc-30, hc-39, hc-46, hc-48, hc-61, hc-223). Se indicaba en forma de gargarismos, tragando posteriormente una parte del líquido, tal como se puede leer en una historia clínica, entre otras muchas, de un paciente con sífilis tratado con mercurio (hc-30):

*“Hubo necesidad de suspender el preparado mercurial a consecuencia de una estomatitis poco intensa que se presentó, la cual fue combatida con el clorato potásico en la proporción de 6 gramos por 120 de agua destilada, disolución que llenaba el doble fin de medicamento interno y tópico, pues se aconsejó al enfermo que tragase una porción cada vez que hiciese gárgaras.”*

La solución de clorato potásico también se utilizaba para “*reanimar la vitalidad del tejido*” en úlceras atónicas<sup>417</sup>. Con este efecto cicatrizante, se empleó, en forma de lavados, sobre úlceras varias (hc-26, hc-86, hc-172, hc-175), en lociones e inyecciones alrededor de un epiteloma labial (hc-120) y en gargarismos para faringoamigdalitis sífilíticas (hc-34, hc-134).

Colutorio aluminoso: El colutorio aluminoso era una solución indicada en algunas estomatitis producidas por los tratamientos mercuriales, especialmente en aquéllas en las que no existía demasiada inflamación<sup>418</sup>. La fórmula empleada por Ricord, y que probablemente fuera la utilizada en el Hospital de San Juan de Dios, contiene una concentración de alumbre del 0,5% en la siguiente composición<sup>418</sup>:

*“Alumbre, un escrúpulo [1,2 g]*

*Miel rosada, una onza [28,7 g]*

*Agua destilada de lechuga, siete onzas [200 g]”*

Esta solución de alumbre se utilizó para combatir el ptialismo acontecido durante los tratamientos antisifilíticos con mercuriales sistémicos (hc-48, hc-57, hc-61).

Percloruro de hierro: El percloruro de hierro servía, al igual que hoy en día, como hemostático en hemorragias capilares. Para ello, se aplicaba sobre la herida una compresa mojada en un vaso de agua que contuviera una o dos cucharadas de percloruro de hierro<sup>419</sup>. De esta forma se empleó tras intervenciones quirúrgicas varias (hc-15, hc-68-69, hc-124, hc-150-151<sup>a</sup>, hc-188). Sirve como ejemplo el efecto hemostático buscado tras la extirpación de unos condilomas acuminados (hc-188):

*“Hilas [tejidos] empapadas en la disolución diluida de percloruro de hierro, tanto para contener la pequeña hemorragia como para prevenir la reproducción.”*

Cerato simple: El cerato simple se preparaba fundiendo una parte de cera en cuatro partes de aceite de oliva o de almendras dulces. Se empleaba con las mismas finalidades que perseguimos hoy en día con la vaselina: como emoliente, lubricante, protector de diferentes heridas y como vehículo de sustancias medicinales<sup>420</sup>.

En los enfermos del Museo se indicó el cerato simple como protector sobre diversas heridas (hc-17, hc-124, hc-146), a veces bajo el nombre de **cerato de Galeno** (hc-145), el cual posee la misma composición que el cerato simple, pero añade agua de rosas en las siguientes proporciones<sup>421</sup>:

*“Cera blanca, 4 onzas [1 parte]*

*Aceite de almendras dulces, 16 onzas [4 partes]*

*Agua de rosas, 12 onzas [3 partes]”*

Agua vegeto-mineral: El agua vegeto-mineral, también denominada agua de Goulard, era una solución de plomo, utilizada, por vía tópica, principalmente como astringente en diferentes heridas exudativas<sup>422, 423</sup>. La fórmula de la farmacopea hispana era la siguiente<sup>424</sup>:

---

<sup>a</sup> En este caso se menciona que la disolución del percloruro de hierro se hacía en agua al 33% (hc-150-151).



*“Subacetato de plomo, 1 dracma [3,6 g]*

*Alcohol 31°, 2 dracmas [7,2 g]*

*Agua, 12 onzas [344,4 g]”*

El agua vegeto-mineral se aplicó en forma de “paños” (fomentos) alrededor del escroto, tras el drenaje de una orquitis crónica (hc-147), y en la preparación de las cataplasmas saturninas (hc-80).

*Pomada de timol:* El timol es un fenol obtenido del tomillo que posee efectos antisépticos<sup>425</sup>. Se utilizó en forma de pomada para tratar una tiña fávica, junto a las cataplasmas y la depilación, en un paciente atendido por Olavide (hc-219).

*Baños generales:* En los historiales del Museo Olavide quedan reflejados diferentes tipos de baños, según se añadiera al agua de una bañera azufre, mercurio, ácido fénico, sal u otras sustancias. En general, estos baños se empleaban como tratamiento coadyuvante de diferentes patologías, realizándose a diario o a días alternos.

Uno de ellos son los ***baños sulfurosos***, que consistían en mezclar entre 60 y 120 gramos de sulfuro de potasa en 50 litros de agua<sup>426</sup>. Se emplean con frecuencia en diferentes cuadros sífilíticos (hc-207, hc-211-212, hc-216). En alguna ocasión, se alternan con los ***baños de sublimado de mercurio*** (hc-215), para los cuales se añadían 15 gramos de bicloruro de mercurio al agua de una bañera<sup>427</sup>. De todos modos, el tratamiento antisifilítico principal en estos pacientes consistía en mercuriales orales o fricciones con el ungüento de mercurio.

Una variedad de baños sulfurosos son los denominados ***baños con quintisulfuro de calcio***, que incorporan una mezcla de azufre y cal viva a partes iguales<sup>428</sup>. Este baño se aplicó como queratolítico en el tratamiento de una verruga en mosaico en el pie (hc-119) y en un paciente con una eritrodermia psoriásica, el cual sufrió una irritación mayor aún tras el baño (hc-114).

Buscando un efecto queratolítico también se empleaban los **baños con cloruro de sodio**. Se utilizan sobre cuadros hiperqueratósicos de diferente origen (hc-95, hc-114, hc-d), añadiendo 2 kilogramos de sal a un baño templado (hc-95).

Otra modalidad son los **baños generales con ácido fénico** (hc-128, hc-186), o los **baños con almidón**, de efecto emoliente (hc-186). No es raro encontrar pacientes a los que se indican varios tipos de baños, como se observa en el historial de un enfermo con una psoriasis generalizada y pruriginosa, a quien se le indicó, junto a varios tópicos y al ácido fénico por vía oral, las siguientes medidas (hc-186):

*“Baños generales templados, unas veces con la adición del almidón para hacerlos emolientes y combatir el prurito; otras se les añadía 15 gramos de pentasulfuro de potasio [baños sulfurosos]; [...] y baños generales templados, cada cuatro o cinco días, haciéndolos fenicados con la adición de 30 gramos de ácido fénico a cada baño.”*

**Cantáridas:** La cantárida es un insecto coleóptero utilizado en Medicina desde los tiempos de Hipócrates. Tras cazar estos insectos, se les mataba con vapor de vinagre y se extraía el compuesto oleoso que contiene su principio activo: la cantaridina. Ésta se utilizaba por su carácter “*vesicante*” (irritante)<sup>429</sup>. Aún se sigue empleando hoy en día, aunque en pocas ocasiones, para el tratamiento de lesiones epidérmicas como verrugas o moluscos.

Sin embargo, la irritación producida por el uso de las cantáridas no perseguía antiguamente la eliminación de una lesión epidérmica, sino que buscaba un efecto sistémico. Con este fin la vemos empleada en cuadros como una oftalmía gonocócica, donde se aplica la cantaridina de la siguiente manera (hc-20):

*“[...] cantáridas a la región cervical, sosteniendo la fluxión con los papeles epispásticos del núm. 2.”*

Las cantáridas formaban parte de la denominada medicación “*antiflogística*” (antiinflamatoria), al igual que las sanguijuelas, las sangrías o los purgantes. Para ello, los vejigatorios con cantáridas se aplicaban en la parte posterior del cuello durante la

fase subaguda de la oftalmía<sup>430</sup>, normalmente bajo la forma de *papeles epispásticos*, que consisten en un esparadrapo sujetando un papel de estraza impregnado con extracto de cantáridas. El esparadrapo permanecía adherido a la piel del enfermo no más de ocho horas, lo que conseguía el efecto vesicante<sup>429</sup>.

También se menciona el empleo de cantáridas entre los antecedentes de algunos pacientes, que habían sido tratados por neumonía con estos vejigatorios (hc-32, hc-144), buscando un efecto similar (“*antiflogístico*”) al perseguido en el tratamiento de las oftalmías gonocócicas.

Otra indicación de las cantáridas, más llamativa aún, eran los estados comatosos. En un enfermo con lepra que había entrado en un “*coma profundo*”, se intentó su recuperación mediante “*vejigatorios en las extremidades torácicas y abdominales*”, aunque no surtieron ningún efecto y el enfermo falleció poco después (hc-179-180-181). Asimismo, se emplearon las cantáridas en una mujer con pelagra que había perdido la consciencia, con la esperanza de que surtiera algún efecto sobre el cerebro (hc-e):

*“[...] dos cantáridas a la región correspondiente a la tercera circunvolución frontal, curándolas con papeles epispásticos.”*

En este último caso se obtuvo un mejor resultado, y la paciente se recuperó del coma, aunque desarrolló un síndrome depresivo que obligó a trasladarla a otro Hospital (hc-e).

Se aprecia, por lo tanto, que el uso de la cantaridina perseguía una función muy distinta a la empleada en la actualidad. La función “*antiflogística*” que por entonces se le concedía, estaba ligada a la teoría del equilibrio entre los diferentes “*humores*” del cuerpo humano, que tiene su origen en los tiempos hipocráticos. Otras medidas terapéuticas que se derivan de esta forma de entender la salud y la enfermedad son el uso de laxantes, vomitivos y sangrías, que al igual que las cantáridas y otros vejigatorios, se llevaban a cabo en patologías muy diversas, buscando un reequilibrio humoral.

Durante el siglo XIX existían innumerables preparados a base de cantáridas. Todos ellos eran aplicados con sumo cuidado, ya que se conocían perfectamente los efectos secundarios que podía originar la absorción de cantaridina a nivel sistémico<sup>429, 431</sup>. Las indicaciones de las cantáridas, sin embargo, abarcaban un amplio espectro de patologías; aparte de neumonías y oftalmitis, también se le concedían efectos beneficiosos contra la lepra<sup>432</sup>, las “*afecciones herpéticas*” en general<sup>433</sup> y otros muchos cuadros, ya que diversos médicos afirmaban haber obtenido resultados favorables en variadísimas enfermedades. La controversia acerca de su uso era grande entre los prácticos del siglo XIX. A este respecto, resulta muy significativa la reflexión realizada por Trousseau y Pidoux sobre el empleo casi indiscriminado de las cantáridas<sup>429</sup>:

*“No hablaremos en este lugar del uso de las cantáridas en la epilepsia, en el histerismo, en la rabia, etc., etc.: basta que un remedio sea heroico, y peligrosa su administración, para que haya médicos que crean deber ensayarle en el tratamiento de afecciones agudas y crónicas, reputadas por incurables; y como es difícil resolverse a confesar que se ha perdido el tiempo en infructuosos ensayos, se exageran frecuentemente las virtudes del remedio cuyos efectos se han estudiado, acabando por hacerse ilusión a sí mismo y por engañar a los demás.”*

Ciertamente, esta última reflexión continúa siendo válida en la actualidad, ya que recuerda a algunos comportamientos seguidos con determinados tratamientos contemporáneos.

### ***Tratamientos sistémicos***

La variedad de tratamientos sistémicos recogidos en los historiales del Museo es muy amplia, y presenta, al igual que los remedios tópicos, grandes diferencias con la farmacopea actual. El uso de medicamentos a base de mercurio, yodo, arsénico u opio estaba muy extendido, existiendo múltiples preparados, en comprimidos y soluciones, para su administración “*al interior*” (por vía oral). En algunos casos, se formulan compuestos para inyecciones hipodérmicas, indicando el principio activo junto con los emulgentes y excipientes necesarios.

A continuación se reflejan todos los remedios sistémicos que se recogen en las historias clínicas, aunque se ha intentado resaltar los más importantes y los que hoy en día no se emplean. En el anexo correspondiente al final de este trabajo se puede consultar una relación de todos los medicamentos, sus dosis, usos y propiedades.

*Mercurio sistémico*: La elaboración de preparados orales a base de mercurio supuso un cambio muy importante en la terapéutica de la sífilis, ya que evitaba, en muchos de los casos, el molesto tratamiento mediante fricciones de ungüento mercurial. Los boticarios del Hospital de San Juan de Dios fueron pioneros en la creación de píldoras mercuriales. Estos comprimidos primigenios estaban compuestos por mercurio, polvo de aloe, ruibarbo, escamoneas, pimienta negra y miel<sup>353</sup>.

Posteriormente se fueron desarrollando otros preparados orales, llegando a existir un número considerable de ellos. La prescripción de un compuesto mercurial u otro variaba según la experiencia del médico y la tolerancia del enfermo<sup>434</sup>. El estudio de los tratados de la época puede llegar a ser confuso, ya que se utilizaban diferentes nombres para un mismo preparado, y en ocasiones distintos autores denominan con el mismo nombre compuestos mercuriales diferentes. En este trabajo nos limitaremos exclusivamente a los medicamentos reseñados en los historiales del Museo.

Los **efectos secundarios de los mercuriales sistémicos** quedan reflejados en estas historias clínicas, así como los remedios utilizados para combatirlos. El principal efecto adverso, presente de forma casi universal en cualquier paciente que recibía este tratamiento, era la sialorrea (ptialismo), la cual solían manejar con clorato potásico y/o

un colutorio aluminoso (hc-30, hc-39, hc-48, hc-61), tal como se ha explicado anteriormente<sup>a</sup>. La estomatitis y otros trastornos gastrointestinales también se reflejan con bastante frecuencia (hc-30, hc-36, hc-223), y aunque en general se controlaban adecuadamente, un paciente falleció por una diarrea rebelde desencadenada por los mercuriales que intentaban mejorar su sífilis (hc-46).

Pocas veces se llegaba a suspender el tratamiento debido a sus efectos secundarios (hc-30, hc-36), bastando en la mayoría de las ocasiones con disminuir la dosis de mercurio y esperar a que cedieran los síntomas, para aumentarla después.

***Píldoras de protoyoduro de mercurio y tridacio:*** El protoyoduro de mercurio es el principal tratamiento oral contra la sífilis que se recoge en las historias clínicas del Museo. Para su fabricación, se trituraba el yodo con el mercurio, mezclándolos con alcohol<sup>435</sup>. Se solía combinar con el tridacio, sustancia extraída del tallo de la lechuga espigada y con efecto sedante<sup>436, 437</sup>. La adición del tridacio perseguía calmar los síntomas gástricos producidos por el protoyoduro de mercurio<sup>438</sup>.

Dentro del arsenal terapéutico existente, estas píldoras eran muy eficaces contra la sífilis. Con ellas se realizaron ensayos clínicos en el siglo XIX, comparándolas con placebo, para estudiar su eficacia contra “*los accidentes secundarios de los chancros duros*”<sup>439</sup>, es decir, en la curación o mejoría de la sífilis sistémica. Como efecto adverso muy frecuente destacaba la alta incidencia de síntomas gastrointestinales, aliviados parcialmente por la adición de tridacio<sup>438</sup>. En el Hospital de San Juan de Dios, estas píldoras se componían de 25 mg de protoyoduro de mercurio y 25 mg de tridacio (hc-9, hc-39, hc-134).

Este medicamento se indicó en multitud de enfermos con sífilis secundaria que se encuentra reflejados en el Museo (hc-9, hc-23, hc-30, hc-32, hc-37, hc-143, hc-150-151, hc-207, entre otros muchos) (Figura 212). En alguna ocasión recibe el nombre de ***protoyoduro hidrargírico*** (hc-195), sinónimo del protoyoduro mercurial.

---

<sup>a</sup> Ver sección de *Tratamientos tópicos*.

La dosis de protoyoduro de mercurio y tridacio habitualmente utilizada era de 50 mg al día, al comienzo del tratamiento, aumentando después a 100, 150 o incluso 200 mg al día (hc-37, hc-39, hc-55), según la tolerancia del enfermo. Cuando se presentaban los efectos adversos, se suspendía o reducía la dosis, para aumentarla de nuevo una vez que el paciente se había recuperado (hc-57).



**Figura 212**  
*“Rupia sífilítica generalizada”* tratada con píldoras de protoyoduro de mercurio y tridacio (hc-143).

El tratamiento se llevaba a cabo durante semanas o meses, según la respuesta de cada caso, aunque en general se mantenía entre 2 y 3 meses. Si el cuadro se resolvía especialmente rápido, se insistía un tiempo más, con objeto de evitar las recidivas futuras (hc-9). La mayoría de los autores abogaban por un tratamiento con mercurio durante un tiempo mucho más prolongado, entre dos y tres años, o incluso más. Éste se podía llevar a cabo de forma continua, mediante una dosis mínima eficaz, o bien de manera intermitente. Sin embargo, muy pocos pacientes aceptaban prolongar tanto el tratamiento<sup>440</sup>. Este rechazo por parte del enfermo debe ser la causa por la que en los pacientes representados en el Museo la duración del tratamiento mercurial fue relativamente corta.



Aunque en alguna ocasión se administraron mercuriales orales en pacientes con sífilis primaria (hc-231), en general, por lo que se puede deducir de las historias clínicas del Museo, los médicos tendían a tratar a los enfermos con chancros sólo mediante mercuriales tópicos, a pesar de conocer perfectamente que la úlcera “*dura*” era la primera manifestación de una sífilis sistémica. Este hecho parece explicarse por el rechazo del paciente a seguir el tratamiento sistémico, tal como se refleja en algún historial (hc-134). Como consecuencia, algunos enfermos regresaban a las consultas del Hospital cuando se había desarrollado el secundarismo sifilítico (hc-34, hc-134), o al presentar un nuevo brote de sífilis sistémica por haber seguido una dosis mercurial baja (hc-204, hc-218).

***Yoduro mercúrico potásico:*** Los preparados orales que asociaban yoduro potásico junto al yoduro mercurial estaban reservados para los casos de sífilis de largo tiempo de evolución, donde las úlceras, las lesiones pustulosas y los nódulos son más frecuentes<sup>441, 442</sup>. Es la base del tratamiento de lo que se entendía por lesiones “*escrofulosas*” de la sífilis<sup>443</sup>.

Así, en las historias clínicas del Museo se aprecia cómo el empleo de la mezcla de yoduro mercúrico y potásico se realiza principalmente en el manejo de cuadros de sífilis secundaria de prolongada evolución y sífilis terciaria, donde son frecuentes las lesiones pústulo-crustáceas, nodulares y gomosas (hc-42, hc-51, hc-56, hc-59, hc-142, hc-162, hc-211-212, hc-258, hc-f). También se indica en algunos casos aislados de sífilis secundaria más precoz (hc-33, hc-43), en ocasiones tras no haber respondido completamente al protoyoduro de mercurio (hc-231).

La dosis empleada variaba entre 30 y 90 gramos diarios de una solución acuosa que contenía la mezcla, repartida en dos dosis (hc-42, hc-53, hc-194, hc-218), siendo la proporción de mercurio y de yoduro potásico variable según el efecto que se quisiera conseguir<sup>443, 444</sup>. Por ejemplo, la dosis diaria que se señala en el tratamiento de un caso de “*fungus sifilítico en el testículo*” es de 10 mg de protoyoduro de mercurio, junto con 1,5 g de yoduro potásico, disueltos en agua (hc-194)<sup>a</sup>.

---

<sup>a</sup> En este paciente se prescriben 30 gramos diarios de la fórmula siguiente: Protoyoduro de mercurio, 10 centigramos; Yoduro potásico, 15 gramos; Agua, 300 gramos (hc-194).

**Licor de Van-Swieten:** El licor de Van-Swieten<sup>a</sup> era un preparado oral de *sublimado corrosivo de mercurio*, que es el bicloruro de mercurio (también denominado *deutocloruro de mercurio*<sup>445</sup>) en una solución alcohólica<sup>446</sup>. En alguna historia clínica se refieren a este licor como la **disolución de sublimado** (hc-33). Existían diferentes fórmulas, según la proporción de *sublimado* que se deseara aportar<sup>447</sup>, aunque la mezcla más utilizada era la siguiente<sup>446</sup>:

*“Sublimado corrosivo, 1 gramo.*

*Alcohol, 80 gramos.*

*Agua, 800 gramos.”*



**Figura 213**

*“Placas mucosas de la lengua y pilares”, tratadas con colutorios del licor de Van-Swieten (hc-f).*

Este licor se administraba a cucharadas, como un jarabe, o bien disuelto en otro líquido<sup>446</sup>. Por su forma de jarabe, se empleó para tratar cuadros de sífilis en niños (hc-135) y en adultos que rechazaban los comprimidos mercuriales (hc-28, hc-40, hc-141).

<sup>a</sup> Es muy frecuente encontrar el nombre de “Van-Swieten” escrito en las historias clínicas del Museo como licor de “Vans-Wieten”, “Vanswieten” o “Wan-Swieten”. Todos ellos se refieren al mismo preparado.

Otra forma de administración era como colutorio, para hacer gárgaras en afecciones sífilíticas orofaríngeas (Figura 213). Se pautaba el *licor de Van-Swieten* tal cual (hc-28, hc-34, hc-40, hc-141)<sup>a</sup>, pero también diluido en agua para ajustarlo a una dosis pediátrica (hc-135)<sup>b</sup> o para realizar colutorios (hc-f)<sup>c</sup>.

***Píldoras de bicloruro de mercurio:*** El bicloruro de mercurio se administra en alguna ocasión bajo una forma pilular, en vez de encontrarse en la solución del *licor de Van-Swieten*. Se prescribe en el tratamiento de la sífilis secundaria, en forma de cápsulas de 10 mg de bicloruro de mercurio (hc-141). En algún caso, estos comprimidos reciben el nombre de ***sublimado corrosivo en forma pilular*** (hc-67).

En una de las historias clínicas en las que se emplea este preparado mercurial encontramos un hecho curioso, y es la suspensión del tratamiento durante la menstruación de la paciente, quizás por la creencia de una supuesta interferencia con el metabolismo femenino. Más tarde se retoma el bicloruro de mercurio en forma de *licor de Van-Swieten* (hc-141):

*“[...] se suspendió el uso del bicloruro para evitar la tolerancia del medicamento, y seis días después, época en que cesó el flujo menstrual, se volvió al uso del alterante, pero no bajo la forma pilular, que rechazaba la enferma, sino conforme se encuentra en la preparación oficial de licor Wan-Swieten [sic] a la dosis de 30 gramos [...].”*

***Inyecciones hipodérmicas de peptonato amónico mercúrico:*** El peptonato de mercurio era una solución que incluía bicloruro de mercurio y polipéptidos, ideada para su administración subcutánea<sup>448</sup>. Este medicamento se administró a uno de los pacientes reflejados en el Museo que sufría una sífilis nodular y ulcerosa en los labios (Figura 214). Tras 28 dosis subcutáneas de peptonato amónico mercúrico, se suspendió su administración, debido a la aparición de una estomatitis mercurial. Resuelta ésta, el paciente rechazó continuar con los mercuriales y solicitó el alta (hc-223).

<sup>a</sup> Para un adulto, 30 g para tomar en dos dosis diarias, aumentando a días alternos hasta llegar a una dosis diaria de 90 g (hc-34).

<sup>b</sup> En una niña de un año afecta de sífilis, 5 g del licor diluidos en 15 g de agua destilada, para tomar una vez al día. Se aumenta la dosis paulatinamente hasta llegar a 10 g al día (hc-135).

<sup>c</sup> Licor de Van-Swieten y agua a partes iguales para hacer gargarismos en sífilis con afectación orofaríngea (hc-f).

A finales del siglo XIX existían varios compuestos mercuriales para su administración hipodérmica. Los autores que preconizaban su uso destacaban el mejor control del tratamiento y su menor duración, pero las inyecciones eran dolorosas y producían con frecuencia considerables inflamaciones a nivel local<sup>440</sup>. Por lo observado en el Museo, las fórmulas inyectadas eran muy poco empleadas en el Hospital de San Juan de Dios, prefiriéndose la vía oral o el método de fricciones mercuriales.



**Figura 214**

*“Sifilide pústulo-crustácea generalizada y sifilide ulcerosa de los labios con edema”, que fue tratada con inyecciones hipodérmicas de peptonato amónico mercúrico (hc-223).*

**Inyecciones hipodérmicas de calomelanos y goma arábica:** El calomelanos, también denominado “*mercurio dulce*”, es una forma de cloruro de mercurio sublimado (monocloruro de mercurio)<sup>350</sup>. Se trata de un preparado mercurial poco utilizado, ya que los demás compuestos existentes lo superaban en eficacia. La goma arábica es una sustancia mucilaginoso que proviene de varias especies de acacias, y se emplea, en este caso, como emulgente<sup>449</sup>. Para preparar la inyección se trituraba el cloruro de mercurio con el mucílago de goma arábica, mezclándose posteriormente con agua<sup>450</sup>.

En los historiales del Museo sólo se recoge el empleo de la inyección de calomelanos en un caso de uretritis asociada a una sífilis. El tratamiento indicado, además del calomelanos, se basó en el yoduro mercuríco potásico oral (hc-f), por lo que es de suponer que las inyecciones de calomelanos se pautaran para tratar la blenorragia, y no la sífilis. La uretritis sí era una indicación relativamente frecuente del cloruro de mercurio junto con goma arábica<sup>451</sup>. La fórmula empleada en esta enferma fue la siguiente (hc-f):

*“Tres inyecciones hipodérmicas al día, con la fórmula de calomelanos, 10 centigramos; agua, 10 gramos; goma arábica, finamente pulverizada, un gramo: suspéndase.”*

*Yoduro potásico*: El yoduro potásico se empleaba muy frecuentemente ante diferentes cuadros que tenían en común la presencia de supuración o de lesiones pustulosas, sobre todo si eran de origen sifilítico<sup>442, 443</sup>. Este medicamento se comenzó a ensayar en la década de 1830, y pronto su utilización se extendió. Dentro de la sífilis, se empleaba exitosamente en las formas secundarias y terciarias que estaban dominadas por lesiones nodulares, ulcerosas o pustulosas. Sin embargo, los resultados eran nulos en las “sífilides” exantemáticas, papulosas y escamosas<sup>452, 453</sup>.

En las historias clínicas del Museo se encuentra pautado el yoduro potásico principalmente en cuadros sifilíticos de largo tiempo de evolución, donde existe supuración, periostitis o lesiones gomosas (hc-60, hc-61, hc-167, hc-202, hc-225, hc-290, hc-291). En estos casos, se combina el yoduro potásico con un preparado mercurial, bien en forma de yoduro mercuríco potásico, o bien acompañando a las píldoras de mercurio y tridacio, o a las fricciones mercuriales.

En ocasiones se formula el yoduro potásico junto al citrato de hierro (hc-167, hc-231), el cual se pautaba como “reconstituyente” en enfermos afectos de sífilis y especialmente debilitados, mediante la fórmula siguiente (hc-167):

*“De citrato de hierro..... 4 gramos.*

*De ioduro potásico.....12 gramos.*

*De jarabe de genciana..... 250 gramos.*

*Disuélvase y mézclese para tomar dos cucharadas por la mañana y dos por la noche.”*

Asimismo, se empleó el yoduro potásico en otras patologías no sifilíticas, pero en las que también existe supuración o ulceración, como en un caso de chancroide prepucial que se acompañaba de grandes adenopatías fistulizantes (hc-26), en una orquitis crónica de probable origen tuberculoso (hc-147) y en otras lesiones ulcerosas (hc-117, hc-118). En estos casos no se añadía el tratamiento mercurial, por no tratarse de cuadros sifilíticos.

En general, el yoduro potásico se administró a los pacientes reflejados en el Museo en dosis crecientes, hasta conseguir la resolución del cuadro. Partiendo de unos 2 gramos diarios de yoduro, disueltos en 120 gramos de agua destilada, se aumentaba en torno a un gramo al día, hasta llegar a la dosis eficaz, que variaba de un paciente a otro (hc-26, hc-290, hc-291), pero que podía alcanzar los 16 gramos diarios (hc-225). En otras ocasiones, se llevaban a cabo intervalos de ascenso y descenso en las dosis, como se explica en alguna historia clínica (hc-147):

*“Se le prescribió un gramo de ioduro potásico para tomar en dos veces [al día] con un poco de agua, aumentando diariamente medio gramo hasta llegar a seis, y descender de la misma manera que se había seguido para el aumento en las dosis. [...] Se comenzó de nuevo la administración del ioduro potásico después de haber descansado cuatro días, y elevando la dosis sucesivamente llegó a tomar hasta nueve gramos.”*

No se reseñan efectos secundarios debidos al empleo del yoduro potásico, probablemente porque éstos eran leves y transitorios<sup>452</sup>, incluso si las dosis empleadas eran mayores que las utilizadas hoy en día. Actualmente, se sigue empleando esta medicación en el tratamiento de algunos cuadros, aunque de forma mucho menos frecuente que durante el siglo XIX<sup>454, 455</sup>. Las historias clínicas de este Museo representan un claro ejemplo de las pautas de administración del yoduro potásico y las dosis que se pueden llegar a conseguir para combatir eficazmente diversas patologías.

**Bromuro potásico:** Las propiedades del bromuro de potasio se consideraban similares a las del yoduro potásico<sup>456</sup>, si bien era una medicación menos utilizada que ésta. El empleo del bromuro buscaba más bien un efecto sedante y calmante<sup>404</sup> en procesos que cursan con dolor o prurito: Tras intervenciones quirúrgicas (hc-6), en supuraciones (hc-

80), erupciones pruriginosas (hc-100, hc-105, hc-e) o dolores por herpes zóster (hc-116). Se pautaba una dosis nocturna de 1 a 3 gramos diarios de bromuro, disuelto en agua (hc-6, hc-80, hc-105). En algún caso se aumenta la dosis (hc-e, hc-116), superando incluso los 10 gramos diarios, lo que dio lugar a que aparecieran “*fenómenos de intoxicación*” en un paciente tratado por neuralgias herpéticas, sin ni siquiera haber obtenido resultados favorables contra el dolor (hc-116).

Como dato curioso, Olavide es autor de una publicación en la que explica la forma de empleo del bromuro potásico en el tratamiento de la epilepsia<sup>457</sup>, aunque, como es obvio, esta enfermedad no se encuentra representada en el Museo.

*Yoduro de hierro*: El yoduro de hierro se utilizaba con indicaciones parecidas a las del yoduro potásico. Se empleaba preferentemente en los cuadros “*escrofulosos*” de la sífilis<sup>458, 459</sup>, y en otras patologías que cursaban con úlceras y supuración crónicas<sup>460</sup>. En el Museo Olavide lo vemos administrado en tuberculosis y otras infecciones cutáneas (hc-85, hc-87, hc-93), en úlceras de diverso origen (hc-115, hc-174) y en patologías que se acompañan de exudación purulenta (hc-38, hc-92). Para ello, se empleaba un jarabe de yoduro de hierro (del cual existían diferentes fórmulas), a una dosis cercana a los 30 gramos diarios de la solución (hc-38, hc-92), lo que contiene unos 150 mg de yoduro de hierro<sup>461</sup>.

El yoduro de hierro también se indicaba en forma pilular, alcanzando los 200 mg al día (hc-85, hc-87, hc-174) mediante comprimidos de 50 mg cada uno, tal como se recoge en la siguiente fórmula<sup>460</sup>:

“*Proto-ioduro de hierro..... ½ dracma [1800 mg]*

*Goma arábica y polvos de regaliz.... S.C. [suficiente cantidad] para hacer 36 píldoras.”*

*Tintura alcohólica de yodo*: La tintura de yodo es una solución alcohólica que contiene proporciones variables de yodo, según la fórmula empleada<sup>381</sup>. Además de como medicación sistémica, se utilizaba por vía tópica como antiséptico e irritante<sup>a</sup>. Por

---

<sup>a</sup> Ver sección de *Tratamientos tópicos*.



vía oral, se indicaba principalmente en el tratamiento del bocio, “*escrófulas*” y en las distintas formas de lepra<sup>462, 463</sup>.

La tintura alcohólica de yodo constituyó el tratamiento principal de los cuadros leprosos plasmados en el Museo (hc-127, hc-128, hc-129-130, hc-131, hc-234, hc-235). Los resultados terapéuticos obtenidos fueron muy pobres, a pesar de que se alcanzaran altas dosis de esta medicación en todos los casos. También se prescribía la tintura de yodo en tuberculosis cutáneas (hc-94, hc-175, hc-c, hc-d) (Figura 215), sífilis nodulares (hc-211-212) y otros cuadros ulcerosos o exudativos (hc-95, hc-118), con resultados variables. Otra indicación eran los linfedemas, denominados “*elefantiasis de los árabes*” (hc-91, hc-133), cuadro para el que fue Olavide el primero en detallar la forma de administrar la tintura de yodo durante varios meses como método terapéutico<sup>464</sup>.



**Figura 215**  
“*Escrófulide papilomatosa*”, representando una tuberculosis cutánea que fue tratada con tintura alcohólica de yodo (hc-c).

Entre los historiales del Museo, la tintura alcohólica de yodo se observa administrada en forma de gotas mezcladas con el vino, la comida o con otras sustancias. Se comenzaba a una dosis de 5 ó 6 gotas diarias, que se iba aumentando hasta cerca de 30 gotas al día, según la tolerancia del enfermo. Por las dosis administradas a estos pacientes, y por el

formulario empleado en los Hospitales de Madrid, es probable que la concentración de yodo utilizada en el Museo corresponda a la siguiente fórmula<sup>382, 465</sup>:

*“Yodo.....1 parte  
Alcohol de 36°.....12 partes.”*

Con dicha fórmula, 20 gotas de esta solución equivalen a cerca de 1 gramo de yodo<sup>381</sup>.

El principal efecto secundario de la tintura de yodo que ha sido reflejado en estas historias clínicas es la gastroenteritis (hc-133, hc-234), que se combatía suspendiendo la medicación temporalmente, o intentando controlarla con otros remedios (hc-133).

Subnitrato de bismuto: El subnitrato de bismuto era empleado extensamente por vía oral como medicación antiperistáltica y antidiarreica, a una dosis de 1 a 4 gramos. Se trataba de un medicamento muy seguro y de sabor insípido, por lo que resultaba sencillo de administrar a cucharadas, mezclado con algo de líquido<sup>402</sup>. En los historiales del Museo se observa pautado a una dosis de 1 a 2 gramos poco antes de cada comida, en pacientes que sufrían diarreas, vómitos y otros síntomas de gastroenteritis de diverso origen (hc-46, hc-100, hc-104, hc-115, hc-123, hc-133). En algún paciente se indica una mezcla de subnitrato de bismuto y opio, de forma que aumentara el efecto antiperistáltico y sedante (hc-100):

*“Subnitrato de bismuto, 2 gramos.  
Extracto acuoso de opio, 2 centígramos.*

*Mézclese y divídase en dos papeles para tomar uno media hora antes de la comida.”*

Arsénico: El arsénico se utilizaba durante el siglo XIX en diferentes patologías, pero principalmente en el asma bronquial. En Dermatología, constituía el remedio más potente contra el “herpetismo” en todas o casi todas sus manifestaciones externas e internas<sup>85</sup>, destacando particularmente su eficacia contra la psoriasis y los eccemas crónicos o liquenificados<sup>466</sup>. Siendo el arsénico un compuesto tan tóxico, se prescribía a dosis bajas, y vigilando que no apareciesen síntomas de intoxicación, como alteraciones digestivas, hemorragias nasales, ictericia, edemas o disuria<sup>467</sup>. Los enfermos solían

guardar una enorme prevención a recibir este tratamiento, dada la mala fama que arrastraba. De todos modos, el médico experimentado en el uso del arsénico alababa enormemente sus efectos, siempre que se prescribiera en el cuadro adecuado y a las dosis justas<sup>466</sup>.

Existían múltiples preparados arsenicales, aunque en el Museo Olavide se reflejan, principalmente, el arseniato de sosa (o arseniato sódico), el arseniato potásico (licor de Fowler) y las píldoras de arseniato de hierro.

***Arseniato de sosa:*** El arseniato de sosa se utilizó, dentro de los enfermos modelados para el Museo, en el tratamiento de diferentes eccemas (hc-81, hc-95, hc-103), psoriasis (hc-109) y liquen plano (Figura 216), consiguiendo unos resultados muy exitosos. También se indicó en otros cuadros de características “*herpéticas*”, como una sífilis pruriginosa con elementos escamosos y liquenoides, junto al preparado mercurial (hc-63), o en una enferma que sufría un herpes zóster, y a la que se administró el arsénico “*en la hipótesis de que las neuralgias fueran de índole herpética*” (hc-116).



**Figura 216**

“*Liquen plano de Wilson: forma hipertrófica tuberosa*”, que fue tratado exitosamente con arseniato de sosa (hc-243).

El arseniato de sosa se disolvía en agua, a una concentración que variaba entre el 0,01 y el 0,05% (hc-63, hc-95, hc-100, hc-109), para administrarse a cucharadas durante las comidas, aumentando la dosis según la tolerancia del enfermo, tal como podemos leer en varias historias clínicas (hc-109):

*“De arseniato de sosa..... 10 centigramos.*

*De agua..... 300 gramos.*

*[...] Dos cucharadas antes de la comida, por espacio de ocho días, aumentando gradualmente la dosis hasta los límites de la tolerancia.”*

De esta forma, los pacientes ingerían una dosis de arseniato sódico que variaba entre 20 y 100 mg al día, a lo largo de cerca de un mes y medio (hc-243).

***Arseniato de hierro:*** El arseniato de hierro se administraba en forma pilular con similares indicaciones que otros preparados arsenicales. En algunos historiales se refieren a este preparado con el nombre de ***píldoras antiherpéticas***. Esto puede crear cierta confusión, ya que en muchos tratados de la época se denomina “*píldoras antiherpéticas*” a una composición a base de mercurio y antimonio<sup>468, 469</sup>. Sin embargo, en las historias clínicas del Museo queda claro, porque se dice expresamente (hc-114) y por los cuadros en los que se prescribe, que las *píldoras antiherpéticas* del Hospital de San Juan de Dios están compuestas por arseniato férrico.

Se indicaron estos comprimidos para tratar eccemas, psoriasis y todas aquellas patologías catalogadas como “*herpéticas*” (hc-100, hc-103, hc-106, hc-107, hc-114, hc-116). La dosis diaria rondaba los 100 mg, aunque en un caso de eritrodermia psoriásica se llega hasta las 8 píldoras al día de 50 mg de arseniato de hierro cada una; es decir, 400 mg diarios (hc-114).

En alguna historia clínica se especifica que se administraron “*píldoras antiherpéticas del número 1*” (hc-103) o “*del número 2*” (hc-100). Las píldoras “del número 1” estaban compuestas por 50 mg de arseniato de hierro y 50 mg de extracto de acónito<sup>470</sup>, siendo el acónito un género de plantas con propiedades narcóticas<sup>471</sup>. Puede que por

“*píldoras antiherpéticas del número 2*” se refieran a las que añadían el arseniato amónico en su composición<sup>472</sup>.

En ocasiones se menciona la gastroenteritis que produce el arsénico. Éste es el ejemplo de un paciente, tratado con 150 mg al día de arseniato de hierro, que desarrolló “*síntomas del aparato digestivo*”, lo que obligó a suspender el medicamento. Para reintroducirlo de nuevo, se sustituyó por el arseniato de sosa, el cual era mejor tolerado a nivel digestivo (hc-100):

“*Una exacerbación en los síntomas del aparato digestivo hizo que se suspendiese el uso de las píldoras [...]. Para volver de nuevo al tratamiento arsenical se echó mano de los preparados solubles bajo la forma siguiente:*

*Bicarbonato de sosa.....10 gramos.*

*Arsenato de sosa.....10 centígramos.*

*Agua destilada.....200 gramos.*

*Para tomar 30 gramos de la disolución en la hora de la comida.”*

Podemos apreciar una indicación más exótica del arseniato de hierro en una paciente que presentaba un cuerno cutáneo (hc-72), probablemente por el efecto anticanceroso que se concedía al arsénico<sup>473</sup>. El cuerno cutáneo se resolvió, pero parece que el mayor mérito se debió a los preparados tópicos empleados.

***Píldoras asiáticas:*** Las píldoras asiáticas son otro preparado arsenical, compuesto por ácido arsenioso (4 mg) y pimienta negra (50 mg)<sup>474</sup>. Se indicaban en casos de lepra, escabiosis y erupciones “*herpéticas*” en general, a una dosis de una píldora al día<sup>475, 476</sup>. En los historiales del Museo sólo se pautaron las píldoras asiáticas en el caso de un varón afecto de una eritrodermia psoriásica que había sido rebelde a otros tratamientos. Se administró una píldora asiática diaria por espacio de 15 días, pasando después a 3 píldoras al día. Tras 4 meses de seguir este tratamiento, fue suspendido, por no obtenerse los resultados esperados (hc-114).

**Licor de Fowler:** El licor de Fowler es un medicamento que se ha venido utilizando hasta hace pocas décadas. Era una solución que llevaba como principio activo el arseniato potásico en la siguiente fórmula<sup>477</sup>:

*“Ácido arsenioso, 5 g.*

*Carbonato potásico, 5 g.*

*Alcohol de Melisa<sup>a</sup>, 16 g.*

*Agua destilada, 500 g.”*

Esta solución arsenical se administraba comenzando por 2-3 gotas diarias, y aumentando paulatinamente la dosis hasta alcanzar un máximo de 20 gotas al día<sup>466</sup>. Entre los pacientes del Museo, se indicó en un caso de prurigo crónico, a una dosis diaria de “30 gramos para tomar a gotas en las comidas”, con lo que la enferma mejoró notablemente y pudo abandonar el hospital tras un mes de tratamiento (hc-105).

**Purgantes:** Los purgantes son medicamentos de efectos laxantes, utilizados extensamente durante el siglo XIX. Sus indicaciones no se limitaban al estreñimiento, sino que se prescribían en multitud de cuadros clínicos, debido a la creencia de que la causa de muchas enfermedades radicaba en la acumulación de un determinado “*humor*” en los intestinos, por lo que la evacuación de las heces tendría un efecto reparador general<sup>478</sup>. Se trata ésta de una idea de reminiscencias hipocráticas que aún estaba presente en la Medicina de finales del siglo XIX.

En algunas historias clínicas del Museo se señala la utilización de “*purgantes*”, sin precisar cuáles (hc-18, hc-242), mientras que en otras se especifica la clase de compuesto empleado. Uno de ellos es el **sulfato de sosa** (sulfato sódico), de propiedades diuréticas y laxantes, que se administraba por vía oral, disuelto en agua al 25-50%<sup>479, 480</sup>. En el Museo se refieren a él como “*sulfato de sosa*”, “*purgante salino*” o “*derivativo al tubo intestinal*”, y se indica en eccemas (hc-81, hc-92, hc-102, hc-108), psoriasis (hc-109) e incluso enfermedades venéreas (hc-20, hc-150-151), sin que concorra un cuadro de estreñimiento en estos enfermos. Se administraba cada 2-4 días, a

---

<sup>a</sup> La *Melisa officinalis* es una planta de la que se extrae la famosa “*Agua del Carmen*”, de propiedades calmantes y digestivas. La adición de este alcohol en la fórmula del licor de Fowler servía para mitigar los síntomas gastrointestinales producidos por el arsénico.

una dosis de 15-30 gramos diarios, disuelto en agua (hc-20, hc-81, hc-108, hc-150-151), tal como se aprecia en el historial de un paciente con eccema numular (Figura 217), cuyo tratamiento se basó en el uso del purgante y en la pomada de brea y glicerina (hc-108):

*“Sulfato de sosa, 30 gramos disueltos en un cuartillo de agua común, para beber por mitad con intervalo de media hora, repitiendo cada cuatro días el uso del purgante salino.”*



**Figura 217**  
*“Eczema nummular de ambos brazos”, cuyo plan curativo incluyó el uso de sulfato sódico como purgante (hc-108).*

El **aceite de ricino** es otro de los purgantes empleados. Este aceite, extraído de la semilla de la planta del ricino común, se utilizaba también como antihelmíntico<sup>481, 482</sup>. Buscando un efecto purgante, con la idea de que una limpieza intestinal mejorara un cuadro sistémico, se administró a un paciente que sufría una obstrucción urinaria. Para ello, se mezcló a partes iguales el aceite de ricino con jarabe simple, administrándose en tres dosis con intervalos de una hora. Ni éste ni otros tratamientos fueron eficaces, ya que el enfermo acabó falleciendo (hc-1).

Otro compuesto con similares propiedades son los **polvos gasíferos laxantes**. Estos polvos son ácido tártrico, una sustancia extraída de la raíz de la valeriana<sup>483</sup> y que se administraba, disuelto en agua, por sus propiedades antieméticas y laxantes<sup>484, 485</sup>. Se



pautaron en un caso de prurigo crónico en antebrazos y cara, buscando seguramente un efecto “*purgante*” sobre el tubo digestivo (hc-105).

El empleo del *agua mineral de Carabaña* perseguía una idéntica función. Se trata de un agua rica en sales de magnesio, las cuales poseen un efecto laxante muy rápido<sup>486</sup>. El manantial se encuentra en Carabaña, a unos 50 kilómetros de Madrid, y hoy en día continúa comercializándose su agua.

Se pautó el *agua de Carabaña* a dos pacientes con sífilis a cargo del Dr. Sanz Bombín, buscando un efecto “*purgante*” sobre el tubo digestivo (Figura 218). Era administrada en ayunas, a una dosis de 100-200 gramos diarios durante los primeros días del tratamiento antisifilítico, que posteriormente se basaba en los preparados mercuriales (hc-195, hc-231).



**Figura 218**

*“Sífilide pápulo-tuberculosa precoz, generalizada, influenciada por complicación gástrico-saburral”*. Su tratamiento comenzó con el *agua de Carabaña* (hc-195).

*Bicarbonato de sosa*: El bicarbonato de sosa (bicarbonato sódico) se empleó, entre los pacientes reflejados en el Museo, en casos de dispepsia de diverso origen, con el fin de mitigar los síntomas gastrointestinales. Se administró el bicarbonato a una dosis de 1 a 3 gramos al día, disuelto en agua u otros vehículos acuosos (hc-1, hc-125, hc-133). Sirva

como ejemplo la fórmula indicada en un enfermo que sufrió una gastroenteritis tras la administración reiterada de tintura de yodo por vía oral (hc-133):

*“Bicarbonato sódico..... 2 gramos.*

*Agua de azahar..... 100 gramos.*

*Jarabe simple..... 30 gramos.*

*Disuélvase para tomar a cucharadas.”*

Entre los vehículos utilizados para administrar el bicarbonato de sosa destaca el **jarabe de fumaria**. La fumaria es una planta de sabor amargo, con propiedades “*depurativas*” y “*estomacales*”<sup>487</sup>. Su jarabe se preparaba añadiendo azúcar blanca al zumo de fumaria<sup>488</sup>. El bicarbonato sódico, formulado en este jarabe, se empleaba en varios cuadros dermatológicos, pero especialmente en eccemas y liquen<sup>489</sup>. En los historiales del Museo se indica el bicarbonato sódico al 4-10% en jarabe de fumaria para tratar patologías dispares, pero con pobre resultados (hc-112, hc-114).

**Hierro:** A mediados del siglo XIX, ya se conocía la presencia de hierro en la sangre, y su déficit como causa de algunas “*clorosis*” (anemias). Por ello, el hierro, denominado “*tratamiento marcial*”, se indicaba en la anemia crónica y los diferentes cuadros que se atribuían a ésta, a una dosis de 200-300 mg al día; es decir, una pauta similar a la empleada actualmente. Igualmente, se tenía en cuenta la errática absorción digestiva del hierro, y la variación de ésta según el preparado empleado<sup>490</sup>.

Fuera de las anemias, el hierro también era empleado en cuadros como la dismenorrea, caquexias, envenenamientos por arsénico y cobre, como hemostático y, antes del descubrimiento del yodo, en “*escrófulas*” de la piel<sup>490</sup>. Era, por lo tanto, un medicamento ampliamente utilizado, y sobre el que los médicos habían adquirido una notable experiencia.

En los historiales del Museo se citan numerosos preparados a base de hierro. En algunas ocasiones se administra junto a otros principios activos, como en forma de **yoduro de hierro** o **arseniato de hierro**<sup>a</sup>, mientras que en otras se utiliza de forma aislada. La

<sup>a</sup> Ver los apartados correspondientes a estos medicamentos.

indicación de los preparados férricos era eminentemente “*tónica*” y “*reconstituyente*” en enfermos especialmente debilitados (hc-46, hc-50, hc-51, hc-231).

Uno de estos preparados es el ***citrato de hierro***, administrado en forma de píldoras de 50 mg o disuelto en agua, y que buscaba fortalecer el estado general del enfermo (hc-33, hc-51, hc-231). Un ejemplo de ello se aprecia en el historial de un joven con sífilis y gran decaimiento (hc-50):

*“Plan eminentemente tónico como indicación principal: leche por las mañanas y carne asada con vino a las comidas, y en cada una de ellas tomaba 15 gramos de la poción citro-férrica.”*

En ocasiones se mezcla el ***citrato de hierro con extracto de quina***, conformando píldoras, en una proporción de 4 partes del citrato por 1 de quinina<sup>490</sup>. Con esta mezcla se buscaba igualmente una función “*reconstituyente*” (hc-46). La quina también se añadía a otras sales ferrosas, como el ***carbonato de hierro*** (hc-58, hc-167). Un ejemplo de este último preparado se aprecia en el historial de un enfermo con sífilis secundaria y mal estado general (hc-167):

*“Carbonato de hierro..... 500 miligramos.*

*Extracto blando de quina..... 250 miligramos.*

*M. y h.s.a. [Mézclese y hágase según arte] seis píldoras iguales para que las tomara en dos dosis con el objeto de hacer más tolerables las digestiones.”*

Se administró este compuesto para combatir la anorexia y dispepsia que sufría el enfermo sífilítico, con el fin de poder prescribir dos semanas más tarde los mercuriales orales, además de un nuevo preparado férrico que asociara yoduro potásico (hc-167):

*“Citrato de hierro..... 4 gramos.*

*Yoduro potásico..... 12 gramos.*

*Jarabe de genciana..... 250 gramos.*

*Disuélvase y mézclese, para que tomara dos cucharadas por la mañana y dos por la noche, suprimiendo las píldoras de carbonato de hierro.”*

Se aprecia, por lo tanto, cómo se otorgaba a cada compuesto ferroso su utilidad según el momento evolutivo de la enfermedad, algo señalado en los tratados de la época<sup>490</sup>.

Existen preferencias en los preparados de hierro utilizados por los médicos del Hospital de San Juan de Dios. Así, el Dr. Sanjuán tenía por costumbre acompañar el tratamiento mercurial en la sífilis con 200-300 mg al día de *oxalato ferroso* (hc-134, hc-136, hc-153), seguramente con la finalidad “reconstituyente”. El Dr. Bombín prefiere emplear, con las mismas indicaciones, el *hierro reducido por el hidrógeno* durante un mes y medio, previo al tratamiento con mercuriales en esta misma enfermedad<sup>a</sup> (hc-211-212).

Otro preparado férrico señalado son las *píldoras de tartrato férrico-potásico*, empleadas con similares indicaciones que las demás sales ferrosas<sup>491</sup>, es decir, como tónico en pacientes debilitados por diversas patologías (hc-46, hc-110). Lo mismo cabe decir respecto al *agua de hierro*, la cual era una disolución de tartrato férrico en vino y agua<sup>492</sup>, pautada como bebida usual en algunos enfermos (hc-46, hc-96, hc-127).

El *percloruro de hierro* se solía utilizar por vía tópica como hemostático<sup>b</sup>. Más raramente se indicaba por vía oral, buscando igualmente un efecto antihemorrágico<sup>419</sup>. Se administró en una paciente que presentó un exantema purpúrico en el curso de una sífilis (Figura 219), bajo la siguiente fórmula (hc-78):

“Percloruro de hierro.....3 gramos.

Alcohol de 35° (Baumé).....30 gramos.

*Disuélvase para tomar cinco gotas mañana, tarde y noche en vehículo apropiado.”*

<sup>a</sup> El oxalato ferroso es una sal de hierro, muy soluble en agua, mientras que el hierro reducido por el hidrógeno es hierro metálico, poco soluble.

<sup>b</sup> Ver la sección de *Tratamientos tópicos*.



**Figura 219**

“Púrpura hemorrágica” tratada con percloruro de hierro (hc-78).

Se relata en su historial que con semejante tratamiento la púrpura fue desapareciendo (hc-78), aunque es posible que la resolución respondiera a la evolución natural del cuadro.

**Quina:** La quina fue uno de los medicamentos más importantes entre los siglos XVII y XX. Se extraía de la corteza de diferentes especies de quino, un árbol que ya era utilizado como antipirético por los indios del Perú en la época precolombina. Hasta 1640 no se introdujo en España, pero a partir de entonces su éxito fue tal, que a finales del mismo siglo ya se empleaba extensamente por toda Europa. La masiva demanda de quina estuvo a punto de diezmar las cosechas, por lo que el gobierno español se encargó de proteger los cultivos y de llevar a cabo expediciones botánicas en busca de nuevas plantaciones, así como del comercio de este medicamento a nivel internacional<sup>493</sup>.

La quina y su principal alcaloide, la **quinina**, tenían como indicación básica las “*fiebres tercianas*”, “*fiebres cuartanas*” o “*calenturas intermitentes*”, términos con los que se denominaba a la malaria. Sin embargo, durante el siglo XIX también se administraba en otras patologías, como neuralgias del trigémino, ciática, neurosis,

artritis y en diferentes convalecencias, dado su efecto “tónico” a la vez que sedante. Existían varios compuestos medicinales, destacando el *sulfato de quinina* (que contiene un 74% del alcaloide) y el *extracto blando de quina*<sup>494</sup>.

En los pacientes reflejados en el Museo se emplearon los compuestos de quina buscando un efecto “*reconstituyente*”. Todos ellos eran enfermos debilitados por patologías muy diversas, como sífilis, úlceras venéreas, eritema multiforme o pelagra. Se administraba en torno a 1 gramo diario de quinina (hc-58, hc-174, hc-a, hc-e), en ocasiones asociada a otros medicamentos, como las sales ferrosas (hc-46, hc-58, hc-167), el extracto tebaico (hc-174) o el bromuro potásico (hc-e), con el fin de aumentar el efecto tónico (hierro) o sedante (extracto tebaico y bromuro potásico) del preparado. También se indicó la quinina, a la misma dosis y durante pocos días, en distintos procesos febriles que ocurrían durante el ingreso del paciente (hc-64, hc-97, hc-117, hc-242).

*Clorato potásico*: El clorato potásico por vía oral se empleaba principalmente tras hacer gárgaras con el mismo colutorio que se indicaba para combatir la sialorrea producida por los medicamentos mercuriales<sup>a</sup>.

*Agua alcoholizada*: El alcohol disuelto en agua se utilizaba por vía oral como “*antipútrido*”; es decir, buscando un efecto antiséptico sistémico. Se empleó de esta manera para tratar erisipelas (hc-97), verrugas víricas extensas (hc-119) y diferentes cuadros leprosos (hc-129-130, hc-179-180-181). Para ello se prescribía como bebida usual una mezcla de alcohol en agua que variaba entre el 5 y el 20% (hc-119, hc-129-130). Los resultados, como es imaginable, eran bastante pobres.

*Fosfato de cal*: El fosfato de cal (fosfato de calcio) se extraía del cuerno de ciervo calcinado, pulverizándolo y mezclándolo con agua para su uso terapéutico. Se indicaba por vía oral como “*astringente ligero*”<sup>495</sup> (antidiarreico), aunque también se consideraba útil en las “*escrófulas*”<sup>496</sup>. Con esta última indicación se empleó, sin éxito, en una paciente con una tuberculosis cutánea (hc-86). Tal como se aprecia en su figura,

---

<sup>a</sup> Ver la sección de *Tratamientos tópicos*.

la nariz de esta enferma había sido extirpada unos años atrás por el mismo proceso, “restaurándola por medio de una rinoplastia, método Indiano” (Figura 220).



**Figura 220**

“*Lupus escrofuloso y ulceroso en la cara*”, representando una tuberculosis que fue tratada, sin éxito, con fosfato de cal (hc-86).

Ácido fénico: El ácido fénico, aparte de su amplio uso tópico, se utilizaba por vía sistémica en varias patologías. Era ésta una medicación a la que se le concedían efectos contra cuadros muy diversos, como infecciones, neoplasias, psoriasis, eccemas y “escrofúlides”<sup>336</sup>.

Como antiinfeccioso, se empleó el ácido fénico por vía oral en un paciente con lepra lepromatosa que no había tolerado el tratamiento con la tintura de yodo. Se administró un gramo al día de ácido fénico en forma de píldoras, aunque sin éxito (hc-234). También se pautó el ácido fénico en la viruela que sufrió un niño durante su ingreso hospitalario, mediante la siguiente fórmula (hc-93):



*“Infusión de thé..... 500 gramos.*

*Ácido fénico..... 1 gramo.*

*Alcohol..... 15 gramos.*

*Jarabe simple..... 60 gramos.*

*Para tomar a cortadillos<sup>a</sup>”.*

Una indicación curiosa del ácido fénico se aprecia en el historial de un paciente con un *“epitelioma en la nariz”*, donde se prescribe en forma de comprimidos (hc-122):

*“Ácido fénico, cinco centigramos; excipiente apropiado, c.s. para hacer 10 píldoras, de las que tomaba cuatro cada día, aumentando el número a medida que se establecía la tolerancia.”*

El tratamiento no fue eficaz y el enfermo solicitó el alta tras dos meses de ingreso (hc-122). Sin embargo, en su opúsculo acerca de esta medicación, Olavide asegura haber visto casos de curación de epitelomas con el ácido fénico por vía oral, si se alcanza una dosis de 2-3 gramos al día<sup>336</sup>.

El ácido fénico también se ensayó en una psoriasis generalizada, a una dosis de *“una píldora de un decígramo de ácido fénico en cada comida”* (hc-186). En otro paciente, afecto de una tuberculosis, se prescribió **jarabe de ácido fénico** (hc-83), el cual contenía fenol al 0,5% en jarabe simple, y del que se administraban dos cucharadas cada 3-4 horas<sup>336</sup>. La mejoría obtenida con esta medicación, en ambos pacientes, fue relativa (hc-83, hc-186).

Otra llamativa forma de administración del ácido fénico era mezclándolo con **agua de brea** (hc-46, hc-80). El agua de brea se preparaba dejando macerar durante dos semanas 1 parte de brea en 16-32 partes de agua, y filtrándola después. Se empleaba por vía oral como *“anticatarral”* en bronquitis, cistitis y uretritis<sup>422, 497</sup>. Como parece obvio, su sabor era bastante desagradable<sup>395</sup>. Vemos un ejemplo de esta formulación en el tratamiento de los *“síntomas catarrales”* que acontecieron en el transcurso de una sífilis sistémica (hc-46):

---

<sup>a</sup> El cortadillo es una medida casera que equivale a la capacidad de una pequeña copa.

*“Agua de brea..... 100 gramos.  
Ácido fénico..... 200 miligramos.  
Jarabe simple..... 15 gramos.*

*Mézclese para tomar a cucharadas.”*

Resulta curioso que, al menos por lo observado entre los historiales del Museo, el único médico que prescribía el ácido fénico por vía oral era Olavide, quizás por la experiencia que poseía con esta medicación, plasmada en la monografía que publicó sobre el tema<sup>336</sup>.

Salol: El salol es una combinación de ácido salicílico y ácido fénico que fue introducida en la terapéutica médica en 1886<sup>498</sup>. Este medicamento posee propiedades antipiréticas, analgésicas y antisépticas, utilizándose en un principio contra la artritis, aunque también se ensayó de forma tentativa en muchos otros cuadros, entre los que se incluye la lepra. La dosis administrada rondaba generalmente los 0,3-2 gramos al día<sup>499</sup>.

Un enfermo con lepra lepromatosa atendido por Olavide en 1890 fue tratado con esta novedosa medicina, ya que no había respondido a la tintura de yodo oral. Se le administró un gramo al día de salol, dividido en 10 píldoras, con lo que la lepra remitió ligeramente (hc-235):

*“Con estas píldoras, por espacio de meses tomadas, encontramos al enfermo mejorado: los tubérculos, si no disminuyen, se ponen pálidos y su facies no es tan abultada; los tubérculos de las manos se ve que no son tan gruesos y hay en los dedos alguna sensibilidad de que antes carecía, menos congestión y más flexibilidad.”*

No conocemos el resultado final, aunque Olavide no era demasiado optimista al respecto (hc-235):

*“El enfermo sigue en tratamiento cuando esto escribimos (Enero de 1891), y aunque va mejorándose, no podemos aventurar juicio pronóstico de ningún género.”*

*Opio*: El opio, también denominado **extracto tebaico**<sup>412</sup>, era un medicamento muy utilizado en la Medicina del siglo XIX, sobre todo a raíz del descubrimiento de la morfina en el jugo de la “*adormidera*”, la planta del opio. Se formulaba en multitud de preparados: con agua, jarabe, vino, infusiones, vinagre, píldoras, etc., y se indicaba en el tratamiento de diversas patologías, de una manera bastante más desinhibida que hoy en día<sup>500</sup>, ya que aún no se habían descubierto otros grupos de analgésicos que actualmente empleamos de forma preferente, como los antiinflamatorios no esteroideos.

Las principales indicaciones del opio eran dolores y gastroenteritis de variado origen. Se administraba el extracto tebaico (también denominado **extracto acuoso de opio**) en píldoras o disuelto en agua, a una dosis de 5-100 mg, aunque ya era conocido por los médicos de la época que la cantidad de mórficos se podía aumentar “*hasta el infinito según las disposiciones individuales de los enfermos*”<sup>500</sup>.

En los historiales del Museo vemos empleado el opio, bien bajo el nombre de extracto tebaico, **láudano**, extracto acuoso de opio o el de **cloruro mórfico**, para combatir dolores inflamatorios y neoplásicos (hc-117, hc-120, hc-125). También es frecuente su indicación por gastritis y diarreas de diverso origen (hc-36, hc-111), e incluso buscando un efecto sedante en erupciones pruriginosas (hc-80, hc-100). Se solía formular en píldoras de 25 mg de extracto tebaico, para administrar entre uno y dos comprimidos al día (hc-36, hc-80, hc-117, hc-125).

En ocasiones, el opio se mezcla junto a otros principios activos, como la quina (hc-174), el yoduro potásico (hc-61) o el subnitrato de bismuto (hc-100), con el fin de potenciar el efecto sedante o astringente. Sirva como ejemplo la fórmula empleada para tratar el mal estado general de una paciente que sufría una úlcera venérea (hc-174):

*“Sulfato de quinina.....50 centigramos.*

*Miga de pan..... [Ilegible].*

*Extracto tebaico..... 5 centigramos.*

*M. y h.s.a. diez píldoras para que tomara dos cada dos horas.”*

En conclusión, el opio, bajo diferentes denominaciones, se administró en los pacientes modelados para el Museo como sedante y para combatir gastritis, diarreas y dolores de diverso origen.

*Aceite de hígado de bacalao*: El aceite de hígado de bacalao ha sido un remedio utilizado ampliamente hasta hace pocos años, sobre todo a nivel popular. Si bien este aceite era empleado por el vulgo desde siglos atrás en el “*reumatismo*”, no fue hasta el siglo XIX cuando la clase médica se preocupó de hacer ensayos clínicos y de buscar sus verdaderos efectos terapéuticos. Así, a mediados del siglo XIX, el aceite de hígado de bacalao se indicaba principalmente en el raquitismo y osteomalacia (déficit de vitamina D), aunque también se le atribuían efectos en la tuberculosis pulmonar y cutánea<sup>501, 502</sup>.

El aceite de hígado de bacalao que se utilizaba en Medicina era extraído del hígado en estado de descomposición de diferentes especies de bacalao. Los efectos terapéuticos se achacaban a su alta cantidad en elementos como el yodo, hierro, bromo y fósforo<sup>501</sup>. En realidad, más que como un medicamento, se pautaba como “*tónico*”; es decir, como aporte extra de nutrientes en diferentes cuadros que cursaban con malnutrición<sup>503</sup>. La dosis administrada en los adultos era de 2-4 cucharadas soperas de aceite al día, y el mismo número en cucharillas de café para los niños. De todos modos, esta dosis se podía aumentar según las necesidades. Por su sabor desagradable, se mezclaba el aceite con otras sustancias, o bien se enmascaraba el amargor con algún otro alimento administrado antes o después de la toma<sup>501</sup>.

En los historiales del Museo se indica el aceite de hígado de bacalao como coadyuvante en el tratamiento de diferentes cuadros catalogados como “*escrofulides*” (hc-83, hc-85, hc-87, hc-92, hc-110, hc-175), y que en general corresponden a tuberculosis cutáneas. También se emplea en pacientes con otras patologías, pero que se encuentran especialmente debilitados o malnutridos (hc-70-71, hc-132). La dosis administrada es de 15-30 gramos al día (hc-70-71, hc-147, hc-194). En ocasiones se formula el aceite con otros principios activos, destacando el yoduro de hierro (hc-110, hc-111, hc-132). Ambos medicamentos compartían indicaciones parecidas, ya que en los pacientes que presentan intolerancia al yoduro de hierro, éste se sustituye por el aceite de hígado de bacalao (hc-92).

Actualmente se comercializan, con gran éxito, diferentes preparados que contienen ácidos grasos omega 3, y que se podrían considerar una forma depurada de aceite de hígado de bacalao, ya que éste es rico en dichos compuestos.

Jarabe simple: El jarabe simple, también denominado jarabe de azúcar, se preparaba con claras de huevo, agua y azúcar<sup>504</sup>. Aún hoy se sigue empleando, obviando la clara de huevo en su formulación<sup>505</sup>. En los historiales del Museo, el jarabe simple se señala como vehículo de diferentes principios activos, como el bicarbonato, el ácido fénico, el agua de brea o el aceite de ricino (hc-1, hc-46, hc-83, hc-93, hc-133).

Alcanfor: El alcanfor por vía oral era empleado como sedante y antiespasmódico, aunque en pocas ocasiones<sup>506</sup>. Entre los historiales del Museo lo vemos indicado en un paciente que sufría erecciones nocturnas, debido a un linfedema crónico en pene y escroto. Para ello, se le administró una píldora de 100 mg de alcanfor cada noche, adicionando más adelante 100 mg de **trementina** en estos comprimidos (hc-91).

Las píldoras alcanforadas, indicadas para calmar los dolores ocasionados por las erecciones nocturnas en las uretritis, se componían de polvo de alcanfor y opio<sup>507, 508</sup>. La adición de la trementina en el paciente en cuestión (hc-91) se comprende por su efecto sobre las poluciones nocturnas y “*blenorragias*”<sup>509</sup>.

Jarabe balsámico de Tolú: El bálsamo de Tolú se extrae del árbol americano *Myroxylon toluiferum*. En su composición, que es bastante parecida a la del bálsamo de Perú, está presente el ácido cinámico, entre otras muchas sustancias. La fórmula del jarabe balsámico es la siguiente<sup>510</sup>:

*“Bálsamo de Tolú, 1 parte.*

*Agua, 4 partes.*

*Azúcar, c.s.”*

El bálsamo de Tolú se indicaba en forma de fumigaciones (inhalaciones de vapores) para el tratamiento de las bronquitis. Por vía oral se prescribía en enteritis crónicas<sup>510</sup>. Es con esta última indicación como lo vemos pautado en las historias clínicas del

Museo, administrándose para tratar la diarrea y vómitos que sufría un paciente, bajo la siguiente fórmula (hc-100):

*“Jarabe balsámico de Tolú..... 15 gramos.*

*Ídem de goma [arábica]..... 15 gramos.*

*Para tomar a cucharadas.”*

El enfermo mejoró de sus síntomas gastrointestinales, pero es difícil saber si ello fue debido a este bálsamo o al empleo del subnitrato de bismuto y opio que se pautó simultáneamente.

Cloruro de pilocarpina: La pilocarpina es un alcaloide parasimpaticomimético (colinérgico), que se extrae de la planta sudamericana de Jaborandi<sup>511</sup>. Por vía sistémica, hoy en día es empleada en la xerostomía y el Síndrome de Sjögren, pero durante el siglo XIX se utilizó en múltiples patologías, como la eclampsia<sup>512</sup>, alopecia<sup>513, 514</sup>, nefritis<sup>515</sup> o en afecciones oftalmológicas<sup>516</sup>, aunque una de sus indicaciones más llamativas era como “sudorífero”, cubriendo el cuerpo tras su administración con mantas y ropas calientes<sup>517</sup>, con la idea de que una diaforesis intensa fuera capaz de resolver algunos cuadros.

Es con esta última indicación como encontramos la pilocarpina administrada a algunos pacientes recogidos en el Museo (hc-104, hc-114). Como ejemplo de búsqueda de un efecto diaforético, se refleja su inyección en un paciente con una eritrodermia psoriásica, con oclusión corporal posterior (hc-114):

*“Clorhidrato de pilocarpina..... 50 miligramos.*

*Agua destilada..... 2 gramos.*

*Disuélvase para inyección hipodérmica, envolviendo después el cuerpo y miembro del enfermo con hule de seda.”*

Más tarde se administra a este mismo enfermo la pilocarpina por vía oral, denominándolo **jaborandi** (hc-114):

*“Jaborandi 2 gramos, divididos en dos papeles para tomar en dos dosis, disueltos en agua caliente; a los tres días se aumentó en un gramo la dosis.”*

Como es de suponer, el tratamiento con pilocarpina subcutánea y oral no consiguió mejorar la psoriasis eritrodérmica (hc-114). Permanece en estas historias clínicas como ejemplo de una idea fisiopatológica que hoy ya no se sigue: la sudoración como método curativo. Se trata de una medida terapéutica derivada, nuevamente, de la visión “humoral” del cuerpo humano, similar a la utilización de “purgantes” por vía digestiva para intentar curar múltiples patologías.

Cicuta: La cicuta, famosa por su utilización como veneno en la época de la antigua Grecia, comenzó a ensayarse como medicamento a mediados del siglo XVIII. Sus principales indicaciones residían en patologías cancerosas y tuberculosas, donde se mostraba moderadamente eficaz<sup>518</sup>. De hecho, Olavide publicó una pauta de tratamiento con cicuta para las “adenitis crónicas”<sup>519</sup>, que correspondían, generalmente, a cuadros tuberculosos.

La cicuta se podía pautar en forma de polvos de la raíz fresca de la planta a una dosis de 0,2 a 8 gramos diarios. También se empleaba, a dosis más bajas, su extracto o principio activo, la conicina, que ya era conocido en el siglo XIX. Este extracto de cicuta se administraba frecuentemente en forma pilular de 50 mg<sup>518, 520</sup>.

Entre los pacientes del Museo se empleó la cicuta en carcinomas de cara y pene, aunque sin ningún éxito (hc-121, hc-126). En un caso se administraron “píldoras de extracto de cicuta y ácido fénico de 25 miligramos para tomar dos diarias, una por la mañana y otra por la tarde” (hc-126).

Bálsamo de copaiba: El bálsamo de copaiba es una resina extraída de varios árboles del género *Copaifera*, oriundos de América tropical. Se utilizaba en “blenorragias” (uretritis), donde era moderadamente eficaz. Para ello, el copaiba se podía administrar por vía oral, disuelto en líquidos o formando píldoras que mitigaran su sabor desagradable, o bien en forma de inyecciones intrauretrales<sup>521</sup>.



En los historiales del Museo vemos empleado el bálsamo de copaiba por vía oral para tratar uretritis (hc-13, hc-17). En ocasiones se habla de “*balsámicos al interior*” (hc-17), refiriéndose probablemente al bálsamo de copaiba, si bien son igualmente medicamentos balsámicos la trementina, el bálsamo de Tolú o el bálsamo de Perú, ya que todos ellos son sustancias resinosas y aromáticas<sup>521</sup>. Se puede observar, asimismo, cómo se reservaban los balsámicos para el estadio más crónico de la uretritis (hc-17):

“[El tratamiento de la *blenorragia* debe hacerse] *huyéndose de los balsámicos hasta llegar al periodo represible, los cuales se dispusieron a continuación del bicarbonato de sosa y las inyecciones de cocimiento de malvas laudanizado, que desde un principio constituyeron la base principal de este tratamiento.*”

También se administró este bálsamo en forma de inyecciones intravaginales, los denominados ***bolos de copaiba***, en una vaginitis que acompañaba a una sífilis sistémica (hc-41).

***Cubeba***: La cubeba es un tipo de pimienta que se empleaba, en ocasiones, en el tratamiento de las uretritis<sup>522</sup>, por poseer efectos parecidos a los del bálsamo de copaiba<sup>281</sup>. Se pautó la pimienta cubeba, a una dosis de 12 píldoras al día, en una paciente con “*blenorragia*” en el curso de una sífilis sistémica (hc-41):

“*Cubebas número 12 para tomar seis por la mañana y seis por la tarde.*”

Nada se nos indica sobre la composición y dosis de cubeba en estas píldoras, pero la fórmula debía ser parecida a la encontrada en el *Formulario de los Hospitales de Madrid* de la época, que servía para realizar el *electuario antiblenorrágico*<sup>a, 523</sup>:

“*Bálsamo de copaiba..... 32 gramos.*

*Polvos de cubeba..... 64 gramos.*

*Esencia de hierbabuena..... 2 gramos.*

*Mézclese y hágase según arte electuario.*”

---

<sup>a</sup> Un electuario es un medicamento compuesto por polvos o raíces, a los que se añade miel, jarabe o azúcar, de forma que se pueda chupar a modo de golosina.

De esta mezcla se administraban 12 gramos diarios, divididos en varias tomas<sup>523</sup>, lo que corresponde a 8 gramos de pimienta cubeba y 4 de bálsamo de copaiba al día.

Tártaro estibiado: El tártaro estibiado, también denominado “*tártaro emético*”, tenía como principio activo el antimonio, el cual se sigue utilizando hoy en día en el tratamiento de la leishmaniasis. Durante el siglo XIX, el antimonio se empleaba principalmente como vomitivo. Otras indicaciones posibles eran neumonías o artritis, entre muchas enfermedades, no sin una gran controversia acerca de su verdadera eficacia y seguridad<sup>524</sup>. En el terreno de la Dermato-venereología, el antimonio se utilizó en cuadros sífilíticos y otras afecciones venéreas que no respondían a los tratamientos habituales<sup>525, 526</sup>.



**Figura 221**  
“Fagedenismo venéreo” (fr-67).



**Figura 222**  
“Fagedenismo venéreo curado con  
tártaro estibiado” (fr-74).

No se nombra este tratamiento en las historias clínicas del Museo, pero sí lo encontramos citado en la etiqueta de una de las figuras, cuya leyenda reza:

*“Fagedenismo venéreo curado con tártaro estibiado”* (Figura 222). Corresponde al modelado de una paciente atendida por el Dr. Taboada. La figura previa al tratamiento también ha sido recuperada, y muestra profundas ulceraciones necróticas en las regiones inguino-crural y sacra (Figura 221). Los modelados de antes y después se debieron realizar por la gravedad del caso y su excelente respuesta a un tratamiento poco habitual, como era el antimonio.

Parece que Taboada se refirió por *“fagedenismo venéreo”* a una variedad destructiva del chancroide (“venéreo”), si bien las lesiones recuerdan a una entidad poco conocida a finales del siglo XIX y comienzos del XX: el granuloma inguinal. Covisa y Bejarano observaron en 1926 un cuadro similar en un varón de 45 años que había vivido en Cuba y Venezuela. Su caso, considerado el primer granuloma inguinal diagnosticado en España, también se resolvió completamente mediante el tártaro estibiado<sup>527</sup>.

### ***Tratamientos quirúrgicos***

Entre los muchos datos que se extraen de las historias clínicas existentes en el Museo, se encuentra un gran número de procedimientos quirúrgicos. Los médicos que contribuyeron a crear esta colección de modelados de cera plasmaron cirugías de fimosis, resecciones cancerosas, operaciones reconstructivas, desbridamientos, drenajes, etc., de forma que la función docente del Museo fuera lo más completa posible. Incluso se detallan técnicas manuales que no son puramente quirúrgicos, como la forma de reducir una paraquimosis que había acontecido en un paciente con uretritis (hc-13):

*“La indicación más urgente era reducir el paraquimosis, lo cual se practicó en seguida empujando el balano con ambos pulgares y trayendo hacia adelante el prepucio con los dedos índices y medios de ambas manos, al mismo tiempo que desde una altura regular se vertía sobre el miembro un chorro de agua fría.”*

En alguna historia clínica se comenta la realización de una biopsia para su estudio histológico, como es el caso de la extirpación de un neurofibroma en una paciente con neurofibromatosis (hc-113). También se describen los hallazgos histológicos observados por el Dr. Mendoza (patólogo del Hospital) tras la resección de un epiteloma en el glándulo (hc-214) o de un “fibroma” en el abdomen (hc-241).

Una de las figuras recuperadas fue modelada, sorprendentemente, en el transcurso de una intervención quirúrgica. En ella se muestran las masas condilomatosas que presentaba el glándulo de un paciente (Figura 223). En su historial se relata cómo, tras resecar el prepucio, el escultor recogió un molde, continuando después los médicos con la intervención (hc-6):

*“Cloroformizado el enfermo, se hizo una incisión en la parte anterior del prepucio, cortándolo sobre la sonda acanalada hasta la corona del glándulo. Separados los dos colgajos, se vio que toda la mucosa balano-prepucial estaba literalmente cubierta de abundantes vegetaciones arracimadas y apiñadas, semejando una fresa. En este momento fue modelado por el escultor con destino al Museo. Continuando la operación se cortaron los dos colgajos y se escindieron todas las granulaciones [...].”*



**Figura 223**  
*“Blenorragia uretral.- Balano-postitis crónica y vegetaciones con fimosis accidental”. El modelado se recogió durante la intervención quirúrgica (hc-6).*



**Figura 224**  
*“Angio-sarcoma de la pierna izquierda operado por Don Julián de la Villa” (fr-62).*

Otras figuras corresponden al modelado de un miembro reseca, como la titulada *“Angio-sarcoma de la pierna izquierda operado por Don Julián de la Villa”*, donde se aprecia, incluso, el hueso y músculos a la altura de la amputación (Figura 224). En otro caso, en vez del modelado en cera de la amputación, se muestra el pie momificado de un paciente con *“Gangrena seca del pie y pierna derecha”* (vid Figura 68 en pág. 133). En su historial se relata cómo este pie se desarticuló y quedó suspendido entre las manos de un ayudante sanitario cuando realizaba una de las curas. Más tarde se tuvo que proceder a la amputación del miembro a la altura del fémur, recogiendo la aprobación del paciente a dicha intervención; lo que hoy en día denominamos “consentimiento informado” (hc-117):

*“Consultado el enfermo y obtenido su consentimiento, se procedió a la amputación del muslo [...]”*

Además de estas cuestiones generales, las figuras del Museo e historiales médicos que los acompañan constituyen una buena fuente de información sobre los procedimientos

quirúrgicos llevados a cabo por los dermatólogos y venereólogos durante el último cuarto del siglo XIX en el Hospital de San Juan de Dios. Se reflejan cirugías de fimosis, cateterismos, desbridamientos o intervenciones más complejas, como amputaciones y cirugías reparadoras. También se señalan cuestiones como la anestesia o el instrumental utilizado, las curas de la herida quirúrgica y las complicaciones encontradas. Todos estos aspectos se desarrollan a continuación.

Anestesia: En algunas historias clínicas se menciona el **cloroformo** como anestésico empleado antes de una intervención quirúrgica (hc-6, hc-21, hc-124, hc-226, hc-257). Sin embargo, en muchos otros historiales no se hace referencia al tipo de anestesia, aunque es de suponer que el cloroformo era el utilizado de forma rutinaria.

Descubierto en 1831, el cloroformo en estado líquido era utilizado como anestésico operatorio y en diferentes neuralgias<sup>528</sup>. Muy pronto alcanzó un enorme éxito, ya que superaba en eficacia al otro anestésico general existente: el éter. Sin embargo, en algunos casos, el cloroformo produjo fallecimientos, que se achacaban a impurezas en su composición<sup>529</sup>. No sólo sucumbían pacientes, sino que también existieron accidentes mortales entre los sanitarios que manipulaban esta sustancia<sup>530</sup>. Su administración se solía llevar a cabo aplicando una esponja o compresa empapada en cloroformo a poca distancia de la nariz del enfermo, quien lo inhalaba y entraba en un estado narcótico. Para evitar sus peligros, se comenzaba con pequeñas cantidades, vigilando que no ocurrieran síncope ni paradas cardio-respiratorias, y aumentando la dosis según fuera necesario<sup>531</sup>.

Hoy sabemos que las muertes acontecidas tras la aplicación única de cloroformo a altas dosis se producían por una depresión profunda sobre el sistema nervioso central o por una necrosis tubular renal<sup>530, 532</sup>. Sin embargo, y pese a su peligrosidad, el uso del cloroformo supuso un enorme salto cualitativo en el campo de la Cirugía, que disponía por fin de una anestesia general eficaz. Es éste, como se ha dicho, el único anestésico operatorio mencionado en los historiales del Museo.

Cateterismos vesicales: En las clínicas venereológicas, los cateterismos o sondajes vesicales se realizaban muy frecuentemente, dada la elevada incidencia de complicaciones genito-urinarias tras enfermedades venéreas no curadas. En el siglo XIX se conocían y aplicaban diferentes técnicas, ya muy depuradas, para realizar el cateterismo vesical. Gracias a estos métodos se realizaba una exploración sobre la uretra y la próstata, se evacuaba la orina o se dilataba el canal uretral<sup>533</sup>.

En los historiales del Museo se menciona en varias ocasiones la realización de cateterismos vesicales en enfermos con estenosis urinarias, de forma que se pudiera evacuar la orina (hc-1, hc-8, hc-11, hc-68-69, hc-210). También se realiza el sondaje con la finalidad de dilatar la uretra, para lo que se utilizaban las sondas elásticas<sup>533</sup> (de goma), como se puede leer en la historia clínica de un paciente que sufría una estenosis uretral crónica tras haber padecido una uretritis (hc-2):

*“Con la sucesiva y gradual aplicación de sondas de caoutchouc se consiguió la dilatación normal de la uretra [...].”*

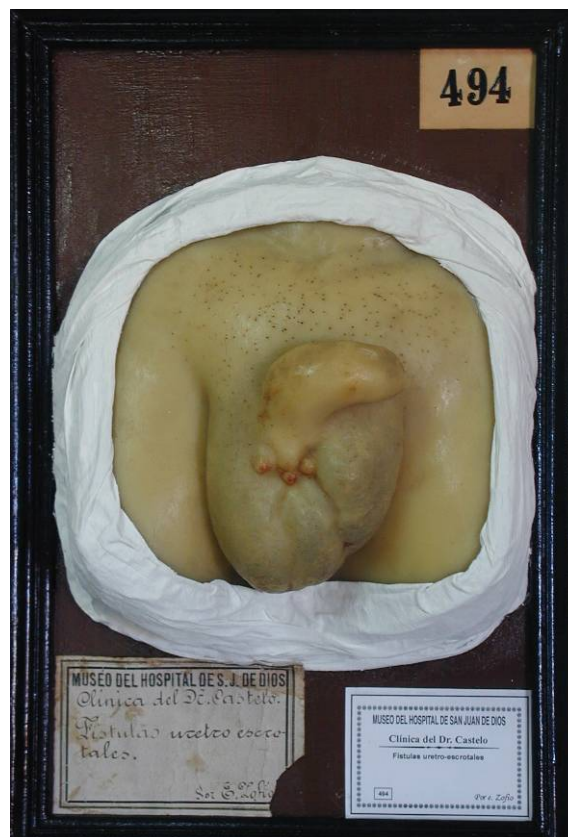
En estos historiales se aprecia cómo la mayor parte de los pacientes con problemas genito-urinarios eran atendidos por el equipo del Dr. Castelo, quien estaba a cargo de las salas de enfermos venéreos<sup>534</sup>.

Cirugía de fistulas y abscesos escrotales: Otras complicaciones frecuentes de uretritis crónicas mal curadas eran orquitis, epididimitis y fistulas uretrales. Un ejemplo de ello lo podemos apreciar en el historial de la figura titulada “*Fístulas uretro-escrotales*” (Figura 225), que muestra el estadio alcanzado por una “*blenorragia uretral*” padecida veinte años atrás. Es notable el detalle con el que se describe la técnica llevada a cabo por Castelo para explorar los trayectos fistulosos y resolver posteriormente el cuadro mediante una intervención quirúrgica (hc-2):

*“El orificio inferior de los trayectos y el superior más externo pudieron ser franqueados al segundo día de exploración, y aunque con bastante dificultad, penetró el estilete espiral; entonces, tirando hacia fuera de modo que describiera un arco de círculo, se asesoró el profesor de que no estaba comprendido el cordón espermático*



*derecho, tal era la profundidad del trayecto, e incidiendo por capas las tunicas escrotales, se llegó a la sección completa de los tejidos comprendidos delante del estilete; los tres restantes conductos se escindieron sobre la sonda acanalada, refrescando los bordes de todos ellos con la tijera curva<sup>a</sup> a fin de separar el tejido y núcleos de induración que formaban dichas fistulas.”*



**Figura 225**

*“Fístulas uretro-escrotales” (hc-2).*

Otras historias clínicas relatan la técnica seguida para drenar colecciones urinarias y purulentas de la bolsa escrotal (hc-1, hc-8, hc-147, hc-210). Un ejemplo de ello se puede leer en el historial de un paciente con una *“infiltración urinaria”* (Figura 226), que corresponde a un varón de 60 años con un piocele y retención urinaria (hc-1):

*“Se practicaron desde luego sajas extensas y múltiples en el escroto, que dieron salida a una gran cantidad de serosidad mezclada con orina, aplicando encima cataplasmas*

<sup>a</sup> La **tijera curva** se utilizaba con mucha frecuencia, al igual que hoy en día. En el ejemplo anterior se empleó para reseca los tejidos que impedían una correcta cicatrización (hc-2), pero también se refleja su uso en otras historias clínicas: en la extirpación de quistes escrotales (hc-145), de condilomas acuminados (hc-12, hc-188, hc-257), en la postectomía (hc-21) e incluso en la resección de las conjuntivas oculares en una oftalmía gonocócica que había resistido a todas las cauterizaciones ensayadas (hc-20).

*de harina de linaza [...]. Además se hacía cuatro veces al día el cateterismo, operación que se efectuaba sin la menor dificultad.”*

En otro caso, se emplea un trocar para drenar el hidrocele desarrollado sobre una orquitis crónica, que había seguido a una uretritis mal curada (Figura 227). La descripción del líquido drenado y su posterior análisis no tiene desperdicio (hc-147):

*“Se practicó una punción con trocar y salió por la cánula próximamente 60 gramos de un líquido poco denso, de color pajizo, inodoro y con escasos copos albuminosos, líquido que precipitaba por el calor y por la acción del ácido nítrico gran cantidad de albúmina [...].”*



**Figura 226**  
“Infiltración urinaria complicada” (hc-1).



**Figura 227**  
“Orquitis crónica tuberculosa doble y derrame en las tunicas escrotales” (hc-147).

El desenlace de estas intervenciones era, en general, favorable (hc-8, hc-147, hc-210). Sin embargo, el paciente afecto de un piocoele acabó falleciendo por “fenómenos de intoxicación urémica” (hc-1).

**Circuncisión:** La circuncisión o postectomía es otra de las intervenciones quirúrgicas practicadas entre los pacientes reflejados en el Museo. La fimosis adquirida, como el resto de accidentes genito-urinarios anteriormente mencionados, era más frecuente durante la época en la que se creó el Museo, debido a la mayor prevalencia de enfermedades venéreas y sus complicaciones, que en algunos casos obligaban a recurrir a la cirugía para resolver la imposibilidad en la retracción del prepucio<sup>535</sup> (Figura 228). Para ello se utilizaban diferentes técnicas, muchas de ellas ideadas por médicos especialmente dedicados a las enfermedades venéreas, como Ricord o Vidal de Cassis<sup>536</sup>.



**Figura 228**

*“Úlcera gangrenosa perforante del lado izquierdo del prepucio” (hc-21). Obsérvese el glande apareciendo a través de esta ulceración.*



**Figura 229**

*“Úlceras blandas en el limbo prepucial con edema del miembro y fimosis accidental”, que requirió la postectomía (hc-15).*

En las historias clínicas del Museo, por lo tanto, se describe la circuncisión practicada sobre la fimosis que causaban algunos chancros, chancroides y condilomas del glande (hc-6, hc-15, hc-21, hc-150-151). Un ejemplo de ello lo observamos en el caso de un paciente con chancros blandos en el pene, al que se realiza la circuncisión para acelerar su curación (Figura 229). El apartado del tratamiento de su historial se dedica íntegramente a describir este procedimiento quirúrgico, realizado por Castelo (hc-15):

*“Vista la excesiva longitud del prepucio, y teniendo en cuenta el tiempo que iba a tardar en conseguir la curación, resolvió el Dr. Castelo practicar la circuncisión, para lo cual cogió con las pinzas de ramas perforadas la parte de aquel que se quería reseca, y confiadas en unión con el miembro a las manos de un ayudante, introdujo el bisturí por una de las ranuras, y sacándolo por la opuesta, practicó un corte de abajo arriba respetando el frenillo, con lo cual se completó la operación; hecha ésta y después de cohibir con agua fría la pequeña hemorragia producida, se pusieron seis pinzas dentadas (serre-fines) de Vidal de Casis, con objeto de mantener aplicada la piel a la mucosa, y después se curó con planchuelas empapadas en la disolución de percloruro de hierro [...].”*

Desbridamientos y drenajes: En el Museo se reflejan diferentes procedimientos para extirpar tejidos fibrosos y costras que impiden la cicatrización, así como drenajes de colecciones purulentas. En el historial de la figura titulada *“Necrosis sifilítica del frontal”* se explica la dificultad que se tuvo en retirar la escara que impedía la cicatrización de una úlcera gomosa en la cabeza (Figura 230). El proceso dio sus frutos tras ocho meses de tracciones repetidas con una erina (hc-53):

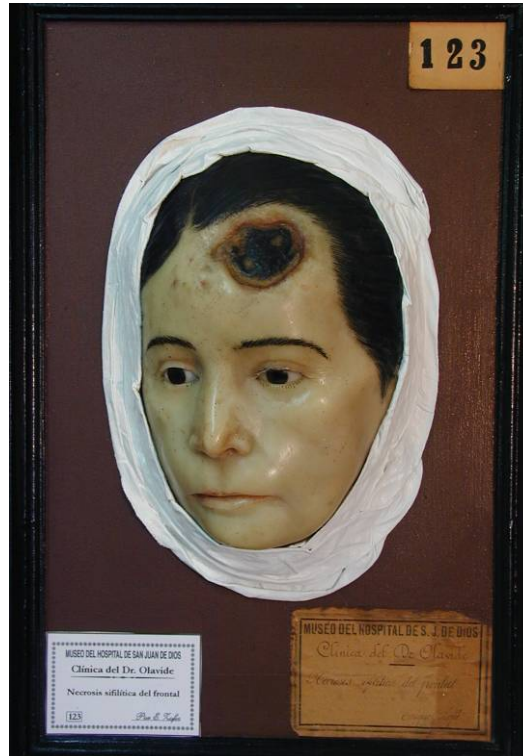
*“Lavatorio y cura al sitio afecto con la solución acuosa normal de ácido fénico; a beneficio de este tratamiento el secuestro parece adquirir cierta movilidad, sin embargo de que reiteradas tracciones con una erina no han dado por resultado el desprendimiento. [...] Insistiendo en las tracciones metódicas se ha podido desprender casi la totalidad del secuestro a los ocho meses.”*

En otros pacientes se llevan a cabo procedimientos más expeditivos. Tal es el caso de una periostitis sifilítica del esternón, donde Castelo se decanta por la resección de los tejidos y huesos necróticos (hc-60):

*“Ya confirmada la caries [necrosis], y demostrada la presencia de secuestros móviles en el fondo de aquella destrucción, se procedió a reseca las partes invadidas que fuera necesario; y tal se hizo encontrándose una cloaca sobre el esternón, la cual comprendía la sustancia diplóica de la tercera pieza de dicho hueso y los cartílagos costales de las costillas correspondientes; se resecaron todas las partes atacadas de*



*necrosis con la legra, la escofina y las pinzas de Liston, separando en cuanto fue posible y con el mayor cuidado todo aquello que parecía estar comprometido en el proceso necrótico.”*



**Figura 230**  
*“Necrosis sifilítica del frontal” (hc-53).*

También se trata mediante desbridamientos el tejido de granulación exuberante aparecido tras una orquitis fistulosa que había complicado una uretritis (vid Figura 65 en pág. 128). Se practicaron incisiones en la base de la tumoración, con el fin de estimular la reepitelización (hc-146):

*“Empezó el plan curativo por practicar desbridamientos en el punto que abrazaba el pedículo, en varias direcciones, y cohibida la pequeña hemorragia, se dispuso cura simple con cerato. [...] la masa carnosa fue perdiendo de su tamaño y últimamente se cicatrizaron por completo las heridas ocasionadas por las desbridaciones, saliendo el enfermo curado el día 23 de Junio de 1883.”*

Uno de los instrumentos reseñados en los historiales del Museo, por su utilidad para eliminar escaras y costras, son las curetas, denominadas aquí **cucharillas de**

**Volkman**<sup>a</sup>. Se emplean en la escarificación de costras tuberculosas que se habían mostrado especialmente rebeldes a otros tratamientos (hc-83, hc-94). Para ello, se incidía sobre el pequeño absceso tuberculoso y se extirpaba el tejido de sus paredes con la cureta o “*cucharilla de Volkman*”<sup>537</sup>.



**Figura 231**  
“*Nevus vascularis. Úlcera varicosa y callosa de la pierna izquierda*” (hc-118).

La utilización de los desbridamientos muestra una idea del amplio conocimiento existente sobre el proceso de cicatrización. Un claro ejemplo de ello se aprecia en la historia clínica que describe cómo realiza Olavide las curas de una úlcera venosa que asentaba en la pierna de un vaquero de 43 años (Figura 231). Tal como se observa en la figura, la misma extremidad era asiento de un angioma plano, lo que la haría especialmente susceptible a la insuficiencia venosa. La exploración del caso aporta las principales enseñanzas sobre las condiciones que deben darse para la curación de estas úlceras. Así, se relata que a su ingreso la úlcera presentaba unos bordes “*callosos*” (hiperqueratósicos) que impedían su cicatrización, mientras que el fondo de la úlcera carecía de “*mamelones carnosos*” (tejido de granulación) (hc-118):

<sup>a</sup> En los historiales de las figuras, la palabra “*Volkman*” la encontramos escrita como “*Wolman*” (hc-83) o “*Wolmann*” (hc-94).

*“[La úlcera] es muy profunda; sus bordes son gruesos, cortados perpendicularmente, blanco-grisáceos y de consistencia dura, callosa; el fondo está cubierto de una gruesa capa gris sucia, de consistencia pultácea, que se desgarrar fácilmente dando lugar a hemorragias; no hay mamelones carnosos en ningún punto [...]; No hay congestión cutánea en sus bordes.”*

Tras emplear antisépticos, vendajes e incluso *“calcetines de hule a ambos pies con objeto de provocar la reaparición del sudor suprimido”*<sup>a</sup>, se presentaron los signos de reepitelización (hc-118):

*“Los mamelones carnosos se desarrollaron; los bordes se pusieron blandos y delgados; la úlcera, en fin, marchaba rápidamente a la cicatrización.”*

Otros historiales describen los desbridamientos practicados para eliminar escaras necróticas de un proceso infeccioso, con resultado variable (hc-17, hc-18). Igualmente, se indican drenajes de colecciones purulentas (hc-64, hc-97), como el realizado sobre la erisipela que complicó el cuadro de un paciente ingresado (hc-64):

*“Una vez en la sala, se aumentaron de volumen las piernas, poniéndose tumefactas, con aumento de calor, fiebre alta, pulso frecuente y duro, en una palabra, el cuadro sintomatológico de una erisipela flegmonosa, que terminó por supuración, habiendo necesidad en la pierna derecha, para dar salida al pus, de practicar extensos desbridamientos que no se hicieron en la izquierda, porque el pus había espontáneamente buscado salida al exterior; [...] cedieron a los lavatorios y curas antisépticas, en unión del sulfato de quinina, desapareciendo la gravedad, después la fiebre y por último la enfermedad.”*

La erisipela afectando la cara era más frecuente en aquella época que la acontecida sobre los miembros<sup>538</sup>. Esto mismo se observa en el Museo, donde la erisipela facial complica la tuberculosis cutánea, enfermedad muy prevalente (hc-85, hc-90, hc-94). Sin embargo, estas erisipelas no suelen ser intervenidas quirúrgicamente, sino que se espera

---

<sup>a</sup> Es decir, persiguiendo un aumento del aporte sanguíneo con el calor del hule.



su resolución espontánea, acompañando el proceso con un tratamiento sintomático (hc-85, hc-90). El desbridamiento se reservaba para las erisipelas que invadían profundamente (celulitis) y donde no se esperaba una evolución favorable<sup>539</sup>. Estas indicaciones eran de suma importancia, teniendo en cuenta que se carecía del arsenal antibiótico existente hoy en día.

En el historial titulado *“Oftalmía blenorragica, contagiada por el mismo enfermo padeciendo una blenorragia uretral”*, se relata la intensa conjuntivitis que, asociada a una uretritis, padeció un enfermo de 17 años. La oftalmía no respondía a diversos remedios, por lo que Castelo se decide a extirpar las conjuntivas y a realizar incisiones en el globo ocular que permitieran el drenaje del pus (hc-20):

*“[...] como el peligro continuaba persistente, y la pérdida de los ojos era inevitable al seguir de semejante modo la intensidad del padecimiento, se apeló a la escisión de las conjuntivas por medio de la tijera curva para continuar después con las sajas, desingurjitando los tejidos.”*

Las ulceraciones resultantes a los drenajes oculares se combatieron con cantáridas, colirios de sulfato de zinc y atropina, obteniéndose una curación completamente satisfactoria del grave cuadro (hc-20):

*“A partir de este momento, el enfermo, sometido al plan curativo de la blenorragia uretral que venía padeciendo, mejoró en términos tales que la oftalmía desapareció por completo sin dar lugar a ninguna complicación, no tardando en obtener tan feliz éxito más que 15 días.”*

*Cierre de la herida quirúrgica:* Algunos historiales del Museo explican el método empleado para cerrar la herida consecutiva a una cirugía. Se señala si la herida cicatrizó *“por primera intención”* (hc-97, hc-113) o *“por segunda intención”* (hc-17, hc-145), entendiéndose por ello lo mismo que hoy en día; es decir, aproximando los bordes de la herida si el cierre se hace por primera intención, o dejando que la herida *“supure”* (cicatrice por sí misma) si se realiza por segunda intención<sup>540</sup>.

Son pocas las historias clínicas en las que se especifica la sutura realizada. En alguna se menciona la **sutura ensortijada o entortillada**, que es aquella que dibuja una “X” u 8 de guarismo<sup>541, 542</sup>, empleada en la creación de nuevas comisuras en la boca y vulva (hc-52, hc-68-69). También se nombra la **sutura entrecortada** (hc-68-69), en referencia a la común o sutura simple, con puntos separados<sup>543</sup>.

Durante el siglo XIX, en las suturas se utilizaban hilos vegetales, animales o metálicos, de diferentes grosores y ayudándose de agujas curvas o rectas<sup>543</sup>. Una de las historias clínicas del Museo menciona el empleo de **hilo de platino** para la reconstrucción de una comisura vulvar, y de **hilo ordinario** para sus uniones parciales (hc-68-69).

Otra forma de aproximar los bordes de una herida quirúrgica es mediante las pinzas dentadas o **serre-fines de Vidal de Cassis**. Estas pinzas servían para mantener en contacto la mucosa y la piel tras la circuncisión (hc-6, hc-15), como método alternativo a la sutura<sup>536</sup>. Vidal de Cassis fue un hombre prolífico, y sus pinzas dentadas constituyeron uno de sus inventos más famosos, mostrándose especialmente útiles para mantener aproximados los tejidos tras la cirugía de fimosis<sup>544</sup>.

**Cauterizaciones quirúrgicas:** Las historias clínicas del Museo reflejan varias técnicas que persiguen destruir quirúrgicamente una lesión. Si bien la aplicación del nitrato de plata como cauterizante químico estaba extendidísima<sup>a</sup>, también se utilizaba el calor y la electricidad con el mismo fin.

**Cauterio actual:** El denominado “cauterio actual” empleaba un objeto metálico, como un vástago de hierro, que poseía un mango de madera movable. Mediante el calor obtenido con la combustión de madera en un hornillo, el hierro se ponía candente, aplicándose a continuación sobre los tejidos, de manera directa o a cierta distancia. La piel y los tejidos adyacentes que se pretendían conservar se cubrían con compresas húmedas, de forma que no se dañaran por la acción del calor<sup>545</sup>.

En los historiales del Museo se señala la utilización del cauterio actual en el tratamiento de condilomas acuminados y otras lesiones, además de como método hemostático (hc-

<sup>a</sup> Ver la sección de *Tratamientos tópicos*.

4-5, hc-7, hc-19, hc-145). En ocasiones, este cauterio se denomina *hierro candente* (hc-19) o *hierro rusiente* (hc-7), en referencia al hierro que se enciende mediante el fuego. Una de las figuras muestra el éxito obtenido tras la extirpación de unos condilomas acuminados en la vulva (Figura 232). El cauterio actual sirvió como coagulante y para prevenir las recidivas (hc-4-5):

*“La hemorragia se cohibió después de la completa extirpación con los cauterios actuales, y este abrasamiento sirvió a la vez para destruir aquellas vegetaciones más pequeñas que en lo sucesivo pudieran haber sido origen de una nueva proliferación.”*



**Figura 232**

*“Resultado de la operación de las vegetaciones”* (hc-4-5).  
La figura que muestra las lesiones antes del tratamiento no ha sido aún recuperada.

Otro ejemplo de su utilización se aprecia en la historia clínica de un paciente con *“quistes sebáceos”* en el pene y escroto (Figura 233). Tras su extirpación, el cauterio actual se aplicó como hemostático (hc-145):

*“Con una tijera curva sobre sus caras, se incidieron por separado y sucesivamente cada uno de los quistes en un solo corte, cuyo interior sebáceo y falta de vascularización hacía que la hemorragia fuera poco considerable. Concluida que fue la*

*extirpación total, se aplicó el cauterio actual al rojo blanco<sup>a</sup> a cada uno de los puntos de implantación de los quistes, formándose a seguida la escara dura, seca y encogida consiguiente al empleo del cáustico; después se dispuso la cura simple con cerato de Galeno, cura que siguió en los días sucesivos hasta que caídas las escaras y cicatrizadas por segunda intención las superficies cruentas, se le dio el alta completamente curado y sin que se hubieran reproducido en ningún sitio los quistes así extirpados, el día 9 de Julio del año 1883.”*



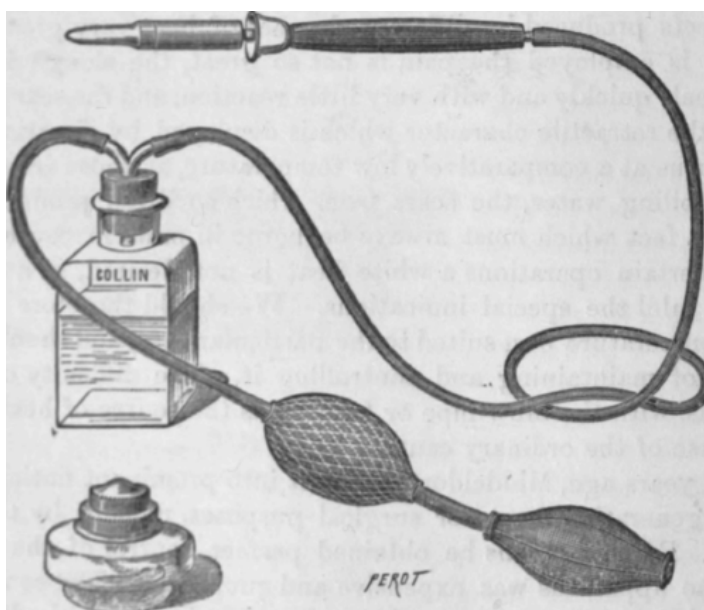
**Figura 233**

Detalle de la figura “*Quistes sebáceos en el pene y escroto*”. Tras su extirpación, se coaguló la base con el *cauterio actual* (hc-145).

El cauterio actual presentaba una serie de inconvenientes. El tiempo que permanecía candente el vástago de hierro era corto, con lo que el cirujano estaba obligado a utilizarlo con mucha rapidez, además de necesitar un foco de combustión cercano al campo quirúrgico. Asimismo, existía bastante aprensión por parte de los pacientes ante el hierro candente. Por todo ello, el empleo de este cauterio ya se encontraba en decadencia a finales del siglo XIX, viéndose superado por un novedoso instrumento: el termocauterío de Paquelin<sup>545</sup>.

<sup>a</sup> Por “*al rojo blanco*” se refieren a la temperatura alcanzada por el vástago de hierro, más elevada que la necesaria para conseguir un fuego “*al rojo vivo*”.

**Termocauterio de Paquelin:** El termocauterio de Paquelin se componía de un cauterio de platino y un receptáculo con gasolina u otro combustible. El cauterio se encendía con una lámpara de alcohol, manteniéndose incandescente mientras se introdujera aire en el receptáculo del combustible, operación que se llevaba a cabo mediante un insuflador en forma de pera. Dos tubos conectaban el receptáculo con la toma de aire y con el cauterio de platino<sup>545, 546</sup> (Figura 234). Este termocauterio se encendía más rápido y funcionaba durante más tiempo que el cauterio con hierro candente, además de poderse manejar en cualquier posición<sup>547</sup>.



**Figura 234**

Termocauterio de Paquelin (Tomado de: Piffard HG. A treatise on the Materia Medica and Therapeutics of the skin. New York: William Wood & Company; 1881).

En los historiales del Museo se menciona el termocauterio de Paquelin como método hemostático tras diversas extirpaciones, además de utilizarse en la cauterización de condilomas acuminados y úlceras (hc-6, hc-10, hc-226, hc-257). Por ejemplo, buscando coagular la herida, se empleó tras la resección de unos condilomas perianales (hc-10):

*“Se hizo la escisión total de las vegetaciones, aplicando inmediatamente después sobre la superficie cruenta el termo-cauterio de Paquelin.”*

**Galvanocauterio:** El galvanocauterio era un instrumento que se ayudaba de la electricidad como suministro de energía calorífica<sup>545</sup>. A diferencia del termocauterio,

cuya acción destructiva no se limita al punto de aplicación, sino que afecta también a la piel adyacente, el galvanocauterio permite cauterizar exclusivamente el foco deseado<sup>548</sup>. Éste es el antecesor de los distintos instrumentos eléctricos que se emplean hoy en día, con el mismo fin.

Sólo en uno de los pacientes representados en el Museo se utilizó este cauterio eléctrico en la hemostasia de unas úlceras (hc-226). Sin embargo, el uso de corrientes eléctricas se aplicó con frecuencia en enfermos de lepra, buscando que reapareciera la sensibilidad sobre las lesiones (hc-127, hc-129-130, hc-234). Este curioso tratamiento de la lepra mediante la electricidad se lo debemos a Olavide, quien en una comunicación oral durante el *Congreso Médico* celebrado en Madrid en 1864, presentó el caso de un paciente cuyos lepromas habían recuperado la sensibilidad tras 20 días de tratamiento con corrientes eléctricas. Olavide invitó a los asistentes al congreso a emplear la técnica, no como método curativo de la lepra, sino como tratamiento paliativo, hasta que se descubriera un remedio verdaderamente eficaz<sup>549</sup>.



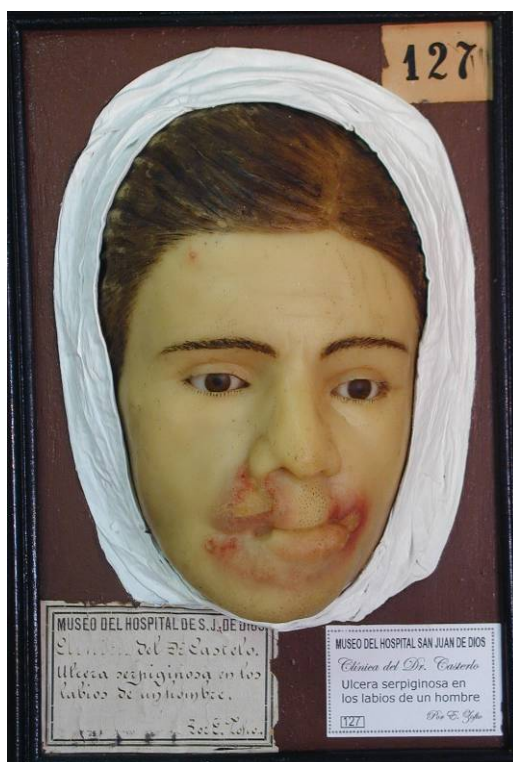
**Figura 235**  
“*Lepra tuberculosa*”. Se empleó, sin éxito, la electricidad sobre los lepromas (hc-234).

Olavide continuó ensayando el uso de corrientes eléctricas sobre regiones anestésicas y nódulos leprosos, tal como se observa en su *Atlas de la Clínica Iconográfica*<sup>550</sup> y en

varios pacientes modelados para el Museo (Figura 235). Por lo observado en estos historiales, siguió empleando la técnica hasta finales de la década de 1880, aunque con pobres resultados (hc-127, hc-129-130, hc-234). Sólo en un caso obtuvo, al parecer, una mejoría transitoria (hc-129-130):

*“A los tubérculos se aplicaron toques con tintura de iodo y las corrientes de inducción, con lo que mejoró el enfermo, pareciendo que disminuía la anestesia.”*

**Cirugía plástica y reparadora:** En el Museo se encuentran reflejadas intervenciones que persiguen corregir deformidades y defectos funcionales. Un ejemplo de ello se puede apreciar en el historial de la figura que representa las úlceras sifilíticas en ambos labios de la boca, sufridas por un varón de 26 años (Figura 236). La esclerosis cicatricial resultante dificultaba la masticación y el habla, por lo que Castelo decidió intervenir quirúrgicamente (hc-52):



**Figura 236**

*“Úlcera serpiginosa en los labios de un hombre” (hc-52).*

*“[...] a medida que cicatrizaban las lesiones ocurría la atresia de la boca, por lo que el Sr. Profesor [Dr. Castelo] juzgó conveniente y oportuna la dilatación de las comisuras,*



*refrescamiento de las partes blandas y atirantamiento de la mucosa para unirla con la piel, lo cual verificado y sujeto con sutura ensortijada, amplió bastante la abertura.”*

Sin embargo, quizás por la isquemia o por una sobreinfección de la herida, el tejido suturado se ulceraba, por lo que se retiró dicha sutura y se esperó la cicatrización por segunda intención. Para impedir una nueva atresia de la boca, se utilizó un vendaje (“planchuelas”) que sobresalía por los labios (hc-52):

*“[...] pero hubo que desprender los alfileres y el hilo de suturas, porque los puntos se ulceraban a medida que transcurría el tiempo; entonces se dispuso la cura con planchuelas empapadas en colirio verde y éstas introducidas en la boca daban vuelta hacia fuera, desempeñando por la superposición el papel de dilatadores, con lo cual se evitaba la unión viciosa de las superficies cruentas.*

*Así se llegó a la completa curación, y por consiguiente a la consolidación de las comisuras artificiales.”*

Otra feliz intervención se describe en la historia clínica de una mujer de 19 años, dedicada a la prostitución, que presentó una hipertrofia de los labios vulvares tras padecer unos condilomas planos (Figura 237). Curadas las lesiones sifilíticas, los médicos pensaron en el inconveniente que presentaría la secuela vulvar en su profesión, por lo que le ofrecieron llevar a cabo una cirugía correctora (hc-68-69):

*“[...] quedaba todavía la hipertrofia, y con esta la deformidad, las dificultades y desventajas fáciles de presumir dado el género de vida de dicha mujer; consideraciones que unidas a las juiciosas observaciones que se la hicieron, inclinaron fácilmente su ánimo a dejarse practicar por el Sr. Sanz y Bombin, encargado accidentalmente de la visita, la siguiente operación [...]”*

A continuación, se describe en su historial la extirpación de los tejidos hipertróficos y el diseño del colgajo para la formación de los nuevos labios vulvares (hc-68-69):

*“[...] anestesiada la paciente, se hicieron dos grandes incisiones que por su unión inferior y superior correspondían la primera al rafe perineal y la segunda a la comisura superior, de suerte que entre las dos describían la figura de una elipse; se*

*procedió a la disección de la piel que por fuera de la superficie del corte había de servir como colgajo autoplástico para la restauración y formación de nuevos labios.”*

Además de la vulva, se creó un nuevo introito vaginal, descrito igualmente de forma prolija (hc-68-69):

*“[...] donde más dificultades se encontraron fue al tallar colgajos en la mucosa, afecta como ya hemos dicho, en gran parte, y esto fue origen de profundizar lo bastante en la pared anterior de la vagina, como así también en la pared inferior, a fin de hallar dentro de los límites de la elasticidad del tejido, y sin provocar la atresia de este conducto, material suficiente para la autoplastia proyectada; conseguido este resultado, todas las partes hipertrofiadas se escindieron con el bisturí y la tijera sucesivamente [...].”*



**Figura 237**



**Figura 238**

*“Estiomeno vulvar”* antes (Figura 237) y después de la cirugía (Figura 238). Los médicos ofrecieron la reconstrucción a esta paciente para que pudiera seguir dedicándose a la prostitución (hc-68-69).

El resto de la intervención, incluyendo suturas y curas realizadas, se recoge en el historial de la paciente. El resultado final fue del todo satisfactorio, como queda reflejado en el modelado de cera realizado tras la cirugía (Figura 238).

*Cirugía oncológica:* Algunas historias clínicas del Museo describen la intervención quirúrgica practicada en pacientes con neoplasias dermatológicas. Los razonamientos que conducen a los médicos a realizar una u otra intervención, constituyen ejemplos claros del conocimiento que se poseía sobre la patología cancerosa. En general, la visión etiopatogénica acerca del cáncer no era diferente a la que aceptamos hoy en día, aunque sí menos desarrollada.

En la segunda mitad del siglo XIX, la cirugía ya era reconocida como el recurso terapéutico más importante contra el cáncer de piel. Se consideraba la presencia de adenopatías y/o la ulceración del tumor como los factores pronósticos más limitantes para la curación de la enfermedad. De la misma manera, se conocían los conceptos básicos de la biología del cáncer, como su origen en el crecimiento de “*células anómalas*” que sufren “*una aberración del trabajo molecular nutritivo*”<sup>551</sup>, y su extensión, primero dérmica y después sistémica<sup>552</sup>.

En otro tipo de neoplasias, como el carcinoma mamario, el papel de la cirugía era más controvertido. Las cirugías más profundas conllevaban una elevada mortalidad, debido a la alta incidencia de infecciones y otras complicaciones post-operatorias<sup>553</sup>. Se debe tener en cuenta, además, que el diagnóstico de las neoplasias internas era, como es obvio, más tardío que hoy en día.

A pesar de preconizar la cirugía contra las neoplasias cutáneas, en algunos enfermos reflejados en el Museo se utilizaron cáusticos tópicos como principales remedios contra “*epiteliomas*” de la cara, cuando por la descripción de la neoplasia parecen fácilmente operables<sup>a</sup>. Los resultados obtenidos mediante los tratamientos tópicos fueron, al menos en estos casos, muy pobres (hc-120, hc-122). Otro paciente presentó un carcinoma basocelular en la cara de tal extensión que lo hizo inoperable (vid Figura 27 en pág. 86), conduciendo finalmente al fallecimiento del enfermo (hc-121).

---

<sup>a</sup> Estas figuras, cuyos historiales se titulan “*Epitelioma ulcerado de ambos labios*” (hc-120) y “*Epitelioma en la nariz*” (hc-122), no han sido aún recuperadas, por lo que es difícil afirmar el tipo de neoplasia que representan. Sin embargo, por la descripción de su tiempo de evolución, asiento del tumor, bordes y extensión, parecen corresponder a un carcinoma espinocelular (hc-120) y a un carcinoma basocelular (hc-122).

Sin embargo, también se plasma la necesidad de un tratamiento quirúrgico ante algunos tumores, mostrándonos además un conocimiento de la extensión metastásica del cáncer cutáneo y mucoso. Esto se puede observar en el historial de una figura que presenta un carcinoma en el glande (Figura 239), donde se incide de forma didáctica en la importancia de no encontrar adenopatías para obtener una evolución favorable (hc-124):

*“Examinadas ambas regiones inguinales, no se encontraron infartos ganglionares; esta circunstancia, unida a las manifestaciones tangibles que presentaba el miembro, con el antecedente de no haber padecido ninguna afección venérea ni sifilítica, fueron causas suficientes para precisar, no tan sólo el diagnóstico, sino también el período en que se hallaba.”*



**Figura 239**  
*“Epitelioma del miembro” (hc-124).*

La historia clínica continúa con el consejo ofrecido al paciente para llevar a cabo la intervención sin demasiada demora, aprovechando que la neoplasia se localizaba exclusivamente en el glande (hc-124):

*“Se le dijo [al paciente] que el único medio que había para su curación era la intervención quirúrgica, siendo por aquel tiempo la época más abonada para hacerlo, en atención a que el padecimiento sólo presentaba manifestaciones de su primer período. Expuestas las razones antedichas, consintió el paciente, y el día 18 de*

*Septiembre [de 1881], a los nueve días después de su ingreso, se procedió a la operación.”*

Se relata a continuación la intervención quirúrgica, consistente en la amputación del pene (hc-124):

*“Cloroformizado el enfermo, se cogió con la pinza de Hawkins la parte del miembro por donde se quería hacer la amputación; después, confiadas en unión con aquel órgano a las manos de un ayudante, se practicó un corte circular; ligadas que fueron las arterias, se buscó la uretra y se introdujo por ella una sonda roja de goma, aplicando después a prevención una cura con percloruro de hierro; a los dos días después de operado se levantó la cura anterior, que se suprimió y fue sustituida por el cerato simple, con cuyo agente y el colirio de Fernández, alternando, consiguió la curación a los dos meses y medio después de operado.”*



**Figura 240**

*“Carcinoma en el miembro e ingle izquierda” (hc-126).*

Otros modelados de carcinomas genitales representan un estadio más avanzado. Éste es el caso una figura con una neoplasia del pene que invade profundamente los tejidos, produciendo una importante necrosis y adenopatías inguinales (Figura 240). En esta ocasión, no se realizó ningún tratamiento quirúrgico. Se trataba de un varón de 63 años

que había dejado evolucionar el cuadro, según se señala, por *“la indolencia del enfermo, el temor de manifestar su estado, la escasez de sus medios de fortuna, o bien todas estas circunstancias reunidas”*. Junto a la gran extensión neoplásica, el paciente sufría un síndrome constitucional, y su estado fue empeorando progresivamente hasta fallecer poco después, *“víctima de una infección pútrida al mes de haber ingresado en este Hospital”* (hc-126).

Un último ejemplo de cirugía oncológica se aprecia en un jornalero de 42 años que fue atendido por el Dr. Cerezo. El enfermo presentaba una erosión en el glande y *“ligeros infartos en ambas ingles”*, en referencia a pequeñas adenopatías (Figura 241). Se recoge el razonamiento para llegar al diagnóstico, resaltando, una vez más, la importancia del diagnóstico diferencial con las enfermedades venéreas (hc-214):



**Figura 241**  
*“Epitelioma del dorso del balano”* (hc-214).

*“Lo largo del padecimiento, la edad del paciente y la ausencia de manifestaciones generales de sífilis hacían desechar la idea de chancro; el aspecto mamelonado de la lesión y la esclerosis del tejido dérmico se oponían a considerar el mal como una*

*balanitis, producto de la suciedad; no quedando más que el diagnóstico de epiteloma, que fue confirmado por el estudio microscópico de los tejidos enfermos, separados por el Dr. Cerezo al hacer la primera de las tres operaciones que fueron necesarias para la completa curación del enfermo.”*

El estudio anatómo-patológico, llevado a cabo por el Dr. Mendoza, también se describe en su historial, aclarándose que los bordes quirúrgicos se encontraban libres de la neoplasia (hc-214):

*“El Dr. Mendoza analizó microscópicamente aquellos tejidos, observando en ellos los nódulos que evidencian el diagnóstico del epiteloma; y después de extirpada toda la neoplasia, vio que en los tejidos sanos que la rodeaban no apareció nódulo alguno que hiciera sospechar la existencia de restos patológicos de la precitada neoplasia.”*

En definitiva, los procedimientos quirúrgicos y sus indicaciones en las neoplasias cutáneas no difieren, a grandes rasgos, de los empleados actualmente. Lo mismo puede decirse del resto de intervenciones, como la cirugía de fimosis, cateterismos o desbridamientos, realizados, en aquella época, por los médicos especialistas en Dermatología y Venereología.





### ***Otros tratamientos***

En los historiales del Museo Olavide se mencionan algunos métodos terapéuticos que no se pueden agrupar claramente en los apartados anteriores, por lo que se desarrollan brevemente a continuación. Éstos son la depilación del cuero cabelludo, las sangrías y sanguijuelas, los vendajes compresivos, las lavativas, la balneoterapia, talasoterapia y radiumterapia.

**Depilación:** La extracción del pelo constituía antiguamente la base del tratamiento de las tiñas del cuero cabelludo. Aunque existían detractores de los métodos depilatorios, la mayoría de los médicos del siglo XIX abogaba por el arrancamiento del cabello si se pretendía la curación de la tiña. La depilación con pinzas servía muy bien para este fin. Hasta entonces, se venía utilizando extensamente un método depilatorio consistente en un casquete que se despegaba súbitamente del cuero cabelludo, llevándose consigo la mayor parte del cabello. Este traumático y doloroso procedimiento, que incluso fue responsable del fallecimiento de algunos niños, acabó desechándose<sup>554</sup>.

Sin embargo, la depilación con pinzas, realizada correctamente, no resultaba dolorosa. Para ello se cortaban los cabellos a 2-3 cm. del cuero cabelludo y, en el caso de tratarse de una tiña fávica, se aplicaban cataplasmas emolientes, con el fin de retirar sus costras. A continuación, se depilaba con pinzas la parte afecta y los cabellos de alrededor. Si el pelo ofrecía resistencia, previamente se realizaban fricciones con una pomada alcalina o con aceite de enebro. El arrancamiento del pelo lo llevaba a cabo personal experimentado, tirando del cabello en la dirección en la que se orienta a su salida del folículo, y no tomando más de 4-6 pelos cada vez. Puesto que los niños se aburrían de permanecer en la misma posición durante tanto tiempo, la depilación no solía durar más de dos horas. Posteriormente, se lavaba la zona y se aplicaban pomadas “*parasitocidas*” (antifúngicas), para repetir la depilación unos días después. La curación se solía alcanzar tras 6-8 semanas de tratamiento<sup>555</sup>, tiempo similar al que empleamos hoy en día, sustituyendo la depilación por los antifúngicos orales.

En los historiales de las figuras representando tiñas del cuero cabelludo se aprecia la utilización del método depilatorio. Este proceso se realizaba tres o cuatro veces a lo largo de todo el ingreso, acompañándolo de cataplasmas, fricciones con *sublimado*

*corrosivo* (bicloruro de mercurio) y otros fungicidas (hc-76, hc-77, hc-132, hc-219, hc-g). Para ello se empleaban unas pinzas *ad hoc*, como se señala en alguna historia clínica (hc-219). A modo de ejemplo, obsérvense los razonamientos y la técnica practicada en un niño de 7 años afecto de una tiña tricofítica (Figura 242) (hc-76):

*“Depilación con pinza, previo corte de todo el pelo. Lociones inmediatamente después con la disolución de sublimado [...]. La depilación era muy difícil de practicar, pues si el pelo no se cogía exactamente por el sitio de su plantación, se rompía sin conseguir el objeto de esta operación, cual es el de arrancar el folículo donde se aloja el parásito; pero aunque mal hecha, dejó perfectamente limpia toda la cabeza, y a los pocos días ya no existían granitos en ella. A fines de Agosto [tras dos meses y medio de ingreso] se hizo la tercera y última depilación, a seguida de la cual comenzaron a brotar los pelos fuertes y lustrosos sin erupciones ni furfuraciones. En fines de Noviembre se le dio el alta por considerársele ya curado.”*



**Figura 242**  
*“Tiña tonsurante” (hc-76).*

En las tiñas fávicas, a pesar de los antifúngicos tópicos y la depilación metódica, sólo se conseguía el nacimiento de pelo sano en aquellos puntos donde se conservaban los folículos íntegros, y no en los que se habían destruido (hc-77).

También encontramos una referencia al corte del pelo como método terapéutico en un caso de pediculosis *capitis*. Esta pediculosis aconteció en una mujer de 58 años ingresada por pelagra (hc-e). No se llevó a cabo el método depilatorio con pinzas, como se hacía en las tiñas, sino el rasurado de todo el cabello para destruir la población de piojos, que por asentarse sobre el cuero cabelludo no necesita arrancar el folículo para su curación.

*Evacuaciones sanguíneas:* Entre los métodos terapéuticos reflejados en el Museo figuran las sangrías y sanguijuelas, que perseguían extraer una cantidad de sangre del enfermo. En el siglo XIX se creía que la base de muchas patologías radicaba en un aumento del volumen de sangre, bien a nivel local o general. Siguiendo este razonamiento, las extracciones hemáticas serían beneficiosas en algunos enfermos<sup>556</sup>. Igualmente, se realizaba la evacuación sanguínea con el fin de eliminar un tóxico, el cual, tras haber sido ingerido, habría pasado al torrente circulatorio<sup>557</sup>. Por ello, las sangrías se podrían considerar como un método primitivo de diálisis, pero sin “filtrar” la sangre ni reponerla posteriormente al paciente.

Las sangrías se realizaban a través de la punción de una vena (flebotomía), aunque también se podían llevar a cabo mediante una evacuación arterial. Esta última técnica, sin embargo, ya se encontraba abandonada en el siglo XIX, debido a la peligrosidad que presentaban las sangrías arteriales. Si lo que se deseaba era extraer sangre desde los vasos capilares, las principales técnicas utilizadas eran las ventosas, las escarificaciones y la aplicación de sanguijuelas<sup>557</sup>.

***Sangrías:*** La técnica para realizar correctamente las flebotomías era compleja y se podía llevar a cabo sobre diferentes venas del cuerpo. La aversión que presentaban los pacientes hacia este método terapéutico se recoge en los tratados de la época, así como los cuadros sincopales y el gran nerviosismo que sufrían algunos individuos durante la sangría<sup>557</sup>. Las indicaciones para las flebotomías eran muy diversas, aunque a finales del siglo XIX ya existía un importante número de detractores de este tratamiento, que comenzaba a entrar en declive<sup>558</sup>.

En los historiales del Museo se menciona su empleo entre los antecedentes de un enfermo que sufría neumonías frecuentes (hc-32). Ya dentro del Hospital de San Juan de Dios, la sangría se indicó en dos pacientes, aunque en ninguno de ellos se pudo llevar a cabo (hc-101, hc-179-180-181). El primero de estos pacientes presentaba un cuadro que parece corresponder a un eritema exudativo multiforme (vid Figura 61 en pág. 122). La idea de Olavide de practicar sangrías fue rechazada por el enfermo (hc-101):

*“Se pensó en una emisión general de sangre, aunque a instancias del enfermo hubo de no ejecutarse, si bien podía alargarse la duración del padecimiento.”*

El segundo caso corresponde a un paciente con lepra que había entrado en un estado comatoso. Para su recuperación se indicó *“una sangría de cinco onzas”*<sup>a</sup>, pero añaden a continuación que *“no se practicó porque al ejecutarla espiraba el paciente”* (hc-179-180-181).

***Sanguijuelas:*** La sanguijuela utilizada en Medicina como método evacuante de sangre era el anélido *Hirudo medicinalis*. Se prefiere este método frente a las sangrías en los casos en que la congestión sanguínea es local, como en las hemorroides, o bien como alternativa a la flebotomía en niños o pacientes muy obesos<sup>556</sup>. Si bien son pocas las historias clínicas del Museo en las que se señala el empleo de sanguijuelas, por su curiosidad se describen a continuación de forma algo más detallada.

Se indicó la *“aplicación de cuatro sanguijuelas a los ángulos externos de ambos ojos”* en un caso de intensa conjuntivitis bilateral, padecida en un paciente con uretritis. La medida no tuvo ningún efecto sobre la conjuntivitis, y ésta sólo mejoró tras la extirpación de las conjuntivas y la práctica de drenajes (hc-20).

Donde sí parece que se consiguió un resultado positivo con este tratamiento fue sobre un enfermo que sufría una *“iritis específica”* (sifilítica) rebelde a otros remedios. A pesar de los mercuriales por vía oral, las fricciones con la pomada de belladona alrededor de la órbita y el colirio de atropina, la iritis no cedía, por lo que se empleó un tratamiento alternativo (hc-150-151):

---

<sup>a</sup> Cinco onzas corresponden a unos 150 gramos.

*“Los síntomas de la iritis no cedieron, sino por el contrario aumentaron su intensidad, y para combatirlos se dispuso la aplicación de 18 sanguijuelas al ángulo externo del ojo afecto.”*

Pocos días después, cedió la intensidad de la iritis, el dolor y la fotofobia (hc-150-151).

En un enfermo afecto de lepra en estado terminal, se ensayó el uso de *“sanguijuelas a las márgenes del ano”*, junto a otros muchos tratamientos, como cantáridas, purgantes o agua alcoholizada. Todos ellos fueron ineficaces, puesto que el paciente entró en coma y acabó falleciendo (hc-179-180-181). Tampoco tuvo ningún éxito la aplicación de *“sanguijuelas al periné”* en un enfermo que sufría una prostatitis crónica y un cálculo vesical, y que también falleció durante el ingreso (hc-11).

La aplicación de sanguijuelas como “evacuantes” fuera del Hospital de San Juan de Dios también era común, tal como se refleja entre los antecedentes de algún paciente (hc-c). Al parecer, las sanguijuelas constituían las aspirinas de la época: se usaban para cualquier mal y condición. Tan populares fueron, que la lírica callejera les dedicó la siguiente estrofa<sup>559</sup>:

*A mí me duelen las muelas;  
Mi hijo tiene tabardillo;  
Papá se quebró un tobillo.  
Pues a todos sanguijuelas.*

A comienzos del siglo XX, los tratamientos mediante sanguijuelas empezaron a ser abandonados por la Medicina occidental. Sin embargo, en la década de 1970 se recuperó el empleo de estos anélidos en el tratamiento de congestiones venosas localizadas, como tromboflebitis superficiales. Es posible, incluso, que sus indicaciones se amplíen en el futuro<sup>560</sup>. La investigación sobre estos animales ha conseguido aislar sustancias anticoagulantes en su saliva, como la hirudina, con importantes aplicaciones terapéuticas en la actualidad<sup>561</sup>. Por todo ello, el empleo que se hizo de las sanguijuelas en la antigüedad, y que hoy podría percibirse como una excentricidad médica, ha dado sus frutos en la práctica que desarrollamos actualmente.

*Vendajes compresivos*: La compresión metódica, acompañada del reposo completo, ya se utilizaba en el siglo XIX como técnica para mejorar el drenaje linfático y venoso, sobre todo en la denominada “*elefantiasis de los árabes*”<sup>562</sup>, nombre con el que se referían al resultado linfedematoso de diversas patologías<sup>109</sup>. En los historiales del Museo se menciona la aplicación de vendajes compresivos en pacientes con “*elefantiasis de los árabes*” que afectan los genitales o un miembro inferior (hc-91, hc-96, hc-97, hc-133). Se realizaba una “*compresión ascendente*”, lo que permitía un mejor retorno linfático. Estos vendajes se sujetaban con tiras de aglutinante (como el emplasto de Vigo), que llevan en su composición resinas<sup>328</sup>, y que podríamos considerar como los precursores del esparadrapo actual.

También se aplica una compresión ascendente en procesos hiperqueratósicos o ulcerosos de la extremidad inferior, persiguiendo mejorar el drenaje venoso (hc-84, hc-119, hc-129-130). En un paciente afecto de una úlcera maleolar, se transcribe que se aplicó, acompañando al vendaje, “*una lámina de plomo*” (hc-84). Las láminas de plomo eran un tipo de vendaje compresivo, útil sobre las úlceras de bordes átonos y “*callosos*” (hiperqueratósicos)<sup>563, 564</sup>. La eficacia de estas planchas metálicas reside en el efecto protector que ejercen sobre la herida.

La idea de aplicar láminas de plomo sobre úlceras refractarias a la cicatrización fue concebida durante uno de los sitios que sufrió Zaragoza a comienzos del siglo XIX. Al escasear todo tipo de materiales sanitarios, incluidos los vendajes, se vieron obligados a realizar las curas con el material del que disponían: láminas de plomo. Dado el éxito que tuvo esta medida, la técnica se extendió por toda Europa<sup>565</sup>, y de esta forma la encontramos empleada en este Museo varias décadas después.

*Lavativas*: Una lavativa es la introducción de un líquido en una cavidad, persiguiendo una función detergente, a modo de enema. Se realizaban principalmente sobre la cavidad anal, pero también en inyecciones intrauretrales e intravaginales<sup>566, 567</sup>. En los historiales del Museo se mencionan diferentes lavativas, en forma de “*bolos*”, para tratar uretritis, cistitis y vaginitis, que en la mayoría de las ocasiones eran de origen gonocócico o sifilítico.



Vemos un ejemplo de ello en el tratamiento de una cistitis que aconteció en un enfermo ingresado por una sífilis sistémica (hc-58):

*“Con objeto de combatir una cistitis intercurrente, se emplearon los bolos de benzoato de cal a la dosis de 25 centigramos cada uno, y la inyección a la uretra con aceite de almendras dulces.”*

Otros enemas uretrales o vaginales se componían de sulfato de zinc (hc-13), cocimiento de malvas laudanizado (hc-17), copaiba (hc-41) o el denominado *colirio verde* (hc-41, hc-51, hc-143), que corresponde a una solución acuosa de subacetato de cobre. Para aumentar su eficacia, las lavativas debían retenerse en la uretra o en la vagina el mayor tiempo posible. Según la finalidad que se persiguiera, se empleaban diferentes preparados. De esta forma, el *colirio verde*, el sulfato de zinc o el benzoato de cal, se utilizaban por su función astringente y antiséptica; la copaiba se administraba en forma de enemas si no se toleraba por vía oral; mientras que el opio (*láudano*) y el aceite de almendras dulces buscaban una función calmante sobre la mucosa<sup>568, 569</sup>.

**Balneoterapia y talasoterapia:** El tratamiento mediante aguas minero-medicinales o **balneoterapia** se menciona en los historiales de este Museo como método terapéutico seguido por algunos enfermos, ya sea por su propia iniciativa o por consejo de algún médico (hc-86, hc-115, hc-117, hc-127, hc-149, hc-186). En el siglo XIX existían en España numerosos balnearios, a los que acudía un número nada desdeñable de personas, de toda clase social y condición económica<sup>570</sup>. En el terreno dermatológico, las aguas minero-medicinales se indicaban en las formas crónicas de “*herpetismos*” y “*escrofúlides*”<sup>571</sup>, lo que corresponde principalmente a psoriasis, eccemas y tuberculosis cutáneas.

Entre los antecedentes de un enfermo con psoriasis, se relata cómo durante un brote acontecido un tiempo atrás, la erupción había mejorado con unos baños en un pueblo de Guadalajara (hc-186):

*“[...] fue a un pueblo de la provincia de Guadalajara llamado Esteras, y se bañó en unas aguas que le dijeron ser buenas para su mal; en efecto, a los pocos días desapareció toda la erupción.”*

Otra paciente había hecho uso de las aguas de El Molar antes de ingresar en el Hospital de San Juan de Dios, en 1883, para tratarse una *“escrofúlida celular ulcerada en el cuello”*, que parece corresponder a una tuberculosis cutánea (hc-149). El Molar es un pueblo situado a 40 kilómetros de Madrid, cuyo balneario se cerró a mediados del siglo XX. Sus aguas minero-medicinales brotaban de la Fuente del Toro, nombre recibido por la leyenda que relata cómo un toro se curó de un tumor tras beber de ella. Se trata de unas aguas nitro-sulfurosas que se venían utilizando con fines médicos desde, al menos, el siglo XVII. La fama del manantial era notable, como se aprecia por el gran número de personajes ilustres que lo visitaron<sup>572, 573</sup>. En la paciente en cuestión, el uso de estas aguas no obtuvo ningún resultado. Del tratamiento hospitalario posterior no se pueden extraer muchas conclusiones, ya que la enferma pidió el alta tres días después de su ingreso (hc-149).

Entre los antecedentes de otro enfermo se indica que, tras haber permanecido ingresado a cargo de Olavide por una *“sífilide ulcerosa”*, se le recomendó visitar los baños de Archena, donde acudió periódicamente a lo largo de cinco años, antes de volver a ingresar en el Hospital (hc-117). El balneario de Archena, situado cerca de Murcia, fue reconstruido a partir de 1778 sobre una zona donde ya existían restos de termas romanas. En el siglo XIX había edificios para mujeres y hombres, establecimiento para baños, una fuente de agua mineral y dos estanques, *“uno para bañarse los militares, y otro para los pobres”*<sup>574</sup>. Sus aguas calientes y ricas en ácido sulfúrico se indicaban en varias patologías, en forma de bebida, en baños generales o *“en baño parcial o a chorro”*<sup>574</sup>. En la actualidad, el balneario sigue activo, siendo un punto de atractivo del turismo de salud.

Por último, también es reseñable el caso de un paciente ingresado por lepra. Visto el nulo efecto que obtenía con el tratamiento hospitalario, solicitó el alta para *“tomar aguas minero-medicinales”*, aunque regresó al Hospital dos meses después en un estado aún peor (hc-127).

Otra modalidad terapéutica a la que se hace referencia en el Museo es la **talasoterapia**, denominada “*baños de mar*” en las historias clínicas. Este tratamiento fue seguido por algunos pacientes afectos de tuberculosis cutánea (hc-149, hc-175, hc-d), una indicación frecuente de los baños de mar durante el siglo XIX<sup>575, 576</sup>. El baño en sí no seguía una compleja ceremonia, sino que consistía en “*nadar durante un tiempo proporcionado al bienestar o al cansancio que se experimente y enjugarse con un lienzo seco*”<sup>577</sup>.

En definitiva, el tratamiento mediante baños en balnearios y en el mar se encuentra reflejado en los historiales del Museo. De resultado variable, al menos conseguía un cambio en la rutina del paciente, dentro de un entorno acogedor. Estos mismos efectos eran reconocidos por los médicos del siglo XIX, al valorar la balneoterapia y talasoterapia en su conjunto<sup>577</sup>:

*“No se debe perder de vista que [...] además de la impresión tónica del baño frío, pueden concurrir poderosamente a la curación el viaje, la distracción, el cambio de aire y de régimen, y que por lo tanto, conviene enviar a los baños de mar los enfermos que habitan países montañosos, y prescribir las aguas minerales que se encuentran en el interior del territorio a los que habitan en las costas. Estos son remedios que es necesario ir a buscar por sí mismos, y sobre todo, que deben buscarse lejos.”*

**Radiumterapia:** El tratamiento mediante el radio (radium), denominado radiumterapia o curieterapia, comenzó a utilizarse en Medicina en la primera década del siglo XX, casi inmediatamente después de que Marie y Pierre Curie aislaran este elemento en 1898. Tres años antes, Roentgen había descubierto los rayos X, con lo que se inauguraba la era de la radiología en el campo médico<sup>578</sup>. Tanto los tratamientos con rayos X (radioterapia) como con la irradiación que emiten los cuerpos radioactivos como el radio (radiumterapia) se desarrollaron de forma paralela en los siguientes años, empleándose ambos en la terapéutica por su capacidad de destrucción tisular<sup>579</sup>.

El radium se aplicaba a nivel externo mediante planchas o vendajes. Para alcanzar una cierta profundidad, se utilizaban unas láminas de plomo que absorbían la radiación superficial (sistema de “*filtraje*”). Su acción se ensayó sobre diversas patologías en el Hospital parisino de Saint Louis los primeros años del siglo XX, obteniéndose resultados muy alentadores<sup>578, 580</sup>. En España, el primer médico en probar sus efectos

fue, probablemente, el Dr. Leopoldo Rodríguez, al tratar con éxito en 1910 dos casos de carcinomas basocelulares<sup>581</sup>. En los años siguientes, los Dres. Sáinz de Aja y Julián Ratera desarrollaron la técnica, concluyendo que el radium era eficaz en eccemas, tuberculosis cutáneas, acné, piodermitis y epitelomas. La terapia con rayos X, que floreció de forma paralela a la del radio, se prefirió en un principio como antiprurítico y depilatorio<sup>582</sup>. Con el transcurso del tiempo, se encontrarían nuevas indicaciones y técnicas para la administración de radioactividad en el campo dermatológico<sup>579</sup>.



**Figura 243**

*“Esclerodermia en banda, tratada y notablemente mejorada con aplicaciones del radium [...]” (fr-123).*

En los historiales del Museo Olavide que han sido recuperados no se hace referencia al empleo del radio, ya que solamente recogen pacientes atendidos entre 1870 y 1897. Sin embargo, este tratamiento se señala en una figura modelada en fechas posteriores, representando la extremidad inferior de un enfermo atendido por Sánchez-Covisa (Figura 243). En su etiqueta se puede leer lo siguiente (fr-123):

*“Esclerodermia en banda, tratada y notablemente mejorada con aplicaciones del radium. Las zonas acrómicas son cicatrices consecutivas a radium-dermitis ulcerosas.”*

El éxito del tratamiento con radio en este caso de morfea lineal resulta sorprendente, ya que los ensayos posteriores con radiaciones ionizantes sobre pacientes con esclerodermia no sólo no han sido beneficiosos, sino que incluso se han mostrado contraproducentes<sup>583</sup>. De hecho, la morfea es una complicación conocida del tratamiento radioterápico<sup>584, 585</sup>.

Nada sabemos de la evolución posterior del paciente representado en la figura. Cuando menos, su modelado sirve como testigo de una modalidad terapéutica que, aunque sigue desarrollándose actualmente, encontró un mayor número de indicaciones dermatológicas en las primeras décadas del siglo XX, antes del descubrimiento de fármacos como los corticoides, antifúngicos y antibióticos, que constituyen métodos terapéuticos más seguros que las radiaciones ionizantes en dermatosis inflamatorias e infecciones<sup>586</sup>.



## ESTANCIA HOSPITALARIA

En las historias clínicas de las figuras del Museo se indica la fecha de ingreso y alta del paciente. En general, el tiempo de estancia hospitalaria era muy prolongado, permaneciendo los enfermos ingresados durante meses, o incluso años<sup>a</sup>. Resulta además llamativo cómo, en muchas ocasiones, los cuadros que motivaban el ingreso serían manejados actualmente de forma ambulatoria. Por ejemplo, un enfermo necesitó tres meses de ingreso por un chancro sifilítico en el prepucio (hc-29); una mujer que presentaba un cuerno cutáneo, cuatro meses (hc-72); en un caso de verruga en mosaico en el dorso del pie, seis meses (hc-119); o los dos meses de hospitalización en un cuadro de rosácea leve-moderada (hc-98).

Una minoría de pacientes fueron atendidos en alguna de las consultas, sin llegar a ingresar en el Hospital. Existe un caso, incluso, en el que se señala la visita domiciliaria a una enferma con un eritema exudativo multiforme, por haberle recomendado Azúa reposo absoluto (hc-a):

*“Se aconseja permanencia en la cama y un gramo de sulfato de quinina cada veinticuatro horas. Cuatro días después es vista la enferma en su domicilio por el Sr. Romero, Jefe clínico de la Consulta, y manifiesta ha mejorado el estado general [...]”*

A partir de los historiales se pueden extraer algunos datos concretos acerca del funcionamiento del Hospital de San Juan de Dios. Así, se refleja que un paciente con una obstrucción urinaria fue atendido de urgencias por el “*Profesor de guardia*” el 24 de septiembre de 1880 (hc-8), información que corrobora la existencia de guardias médicas, obligación de los médicos numerarios recogida en el reglamento del centro<sup>587</sup>.

También se señala en una historia clínica el ingreso, junto al paciente, de un acompañante: se trata de una niña de dos años, que permaneció en el Hospital mientras su madre, soltera, era tratada de sífilis (hc-65). Probablemente, ésta sería la única forma de que la enferma accediera al tratamiento.

---

<sup>a</sup> Por ejemplo, un paciente con una eritrodermia psoriásica permaneció ingresado durante, al menos, un año y medio (hc-114); o el caso de un enfermo con lepra lepromatosa, quien llevaba dos años y medio hospitalizado cuando se redactó la historia clínica que acompaña a su figura (hc-129-130).



Por último, un joven jornalero permaneció ingresado en dos ocasiones por un linfedema en la pierna que le imposibilitaba realizar su trabajo. Quizás mostrara ciertas habilidades sanitarias durante su ingreso, ya que a la hora de darle el alta por segunda vez, se insinúa que encontró un nuevo empleo en el Hospital (hc-97):

*“[...] sin desaparecer por completo la esclerosis ni la hipertrofia cutánea, pero sí muy mejoradas, cambió el enfermo su puesto en la enfermería, pasando al servicio de la misma en el Establecimiento.”*

Resulta muy sorprendente el elevado número de pacientes que solicitaban y conseguían el alta en contra del criterio médico<sup>a</sup> (alta voluntaria). La prolongada estancia hospitalaria es, quizás, la principal razón de este hecho. El Hospital de San Juan de Dios era un centro de beneficencia. Esto no implica que en él se atendieran enfermos sin ningún tipo de actividad económica, ya que la inmensa mayoría de los pacientes reflejados en el Museo ejercía una profesión concreta, la cual debían abandonar temporalmente mientras permanecían ingresados, con el consiguiente perjuicio económico. Otra razón que explicaría las frecuentes solicitudes de alta voluntaria sería la percepción por parte del paciente de la baja eficacia a corto plazo de muchos tratamientos, como podían ser los mercuriales sistémicos en la sífilis, mientras sufrían sus efectos secundarios.

Algunos enfermos fueron menos considerados a la hora de abandonar el Hospital, fugándose de él sin dar explicaciones (hc-6, hc-144, hc-147). En alguna historia clínica se señala el miedo al termocauterio para justificar la huida (hc-6):

*“Cicatrizadas las soluciones de continuidad, se reprodujeron algunas masas vegetantes sobre la cicatriz formada, lo cual hizo necesario un nuevo abrasamiento; pero el enfermo, lleno de temor, no lo esperó, fugándose del establecimiento el día 8 de Noviembre de 1879, cuando era de esperar un pronto y feliz resultado.”*

---

<sup>a</sup> Se pueden apreciar algunos ejemplos de alta voluntaria, sin llegar a completar el tratamiento, en las siguientes historias clínicas, entre otras muchas: hc-12, hc-27, hc-35, hc-36, hc-38, hc-45, hc-50, hc-57, hc-70-71, hc-128, hc-153, hc-160 y hc-223.

No obstante, cabe señalar que los enfermos reflejados en el Museo fueron especialmente colaboradores. La representación de sus lesiones requería, en primer lugar, la aplicación de una escayola sobre la piel. Posteriormente, debían dejarse retratar por el escultor durante horas, mientras éste recogía los detalles del cuadro sobre el modelado de cera. Todo ello sin contar con el más que probable pudor a exponer al público una réplica de sus intimidades.

Es digno de alabanza el trabajo de los escultores y médicos en la creación de este Museo, pero sería injusto olvidar la colaboración altruista de tantos enfermos modelados. Ellos ofrecieron su tiempo desinteresadamente, su piel para servir de molde y parte del pundonor para que otras personas pudieran aprender de su enfermedad.



## **CONCLUSIONES**



El estudio de los materiales recuperados del Museo Olavide permite extraer varias conclusiones acerca de las particularidades de esta colección y la Dermatología desarrollada en la época en que se crearon sus figuras de cera. La mayor parte de las conclusiones responden a los objetivos planteados al comienzo de este trabajo, mientras que otras han aparecido de forma inesperada durante el estudio del Museo.

**1- Función docente del Museo:** La cantidad de figuras y diversidad de patologías recogidas en el Museo aporta una buena idea de la función docente que perseguía esta colección, alojada en un Hospital de referencia en la enseñanza dermato-venereológica. Los médicos de este centro, muchos de ellos profesores universitarios, buscaban tener modelados de ambos sexos y de todas las edades, que representaran desde las enfermedades más típicas a las más raras. Las figuras y sus historias clínicas constituían ejemplos claros de enseñanza, tanto a nivel particular del caso mostrado, como de forma más amplia, al existir una generalización en muchos de los historiales. Algunos de estos modelados corresponden, incluso, a pacientes cuyo diagnóstico estuvo sujeto a una viva discusión en la época, sin alcanzarse un acuerdo sobre la patología que presentaban, pero que se consideraron dignos de pertenecer a la colección.

Si bien el antiguo Museo Olavide contó con casi cien años de existencia (1870-1966), la mayor parte de sus figuras fueron realizadas entre 1880 y 1920, época que coincide con la consagración de la Dermatología como especialidad médica y el comienzo de su enseñanza universitaria, por lo que constituye un legado muy valioso de este periodo histórico.

**2- Información sobre los pacientes representados:** Un aspecto original respecto a otros museos similares es la existencia de historias clínicas acompañando a las figuras que fueron realizadas durante el último tercio del siglo XIX, lo que aporta muchos más datos para el estudio de estos casos que los mostrados en la etiqueta de la figura. Estos historiales están escritos con un estilo narrativo, muy distinto del relato impersonal empleado actualmente en Medicina. Este tipo de redacción incluye los sentimientos del paciente o juicios de valor por parte del médico, lo que, aunque hoy en día podría considerarse políticamente incorrecto, aporta una idea muy próxima acerca del desarrollo de la enfermedad y del sufrimiento del enfermo. Es el resultado de una Medicina más humanizada y paternalista.

En cuanto a las figuras realizadas en el siglo XX, aunque no presentan historia clínica, muchas de ellas corresponden a casos publicados en revistas, tratados de la época o que fueron presentados en reuniones científicas, por lo que se ha podido rescatar información al respecto en textos ajenos al Museo.

**3- Enfermedades de transmisión sexual:** En el Museo existe un importante predominio de las patologías infecciosas, representadas en gran parte por las enfermedades de transmisión sexual y, de forma muy destacada, por la sífilis, enfermedad que por sí sola se muestra en la cuarta parte de las figuras de la colección, proporción semejante a la encontrada en otros museos europeos de la época. Este hecho es el reflejo de una distinta epidemiología antes de la era antibiótica.

Los historiales de estos pacientes reflejan la problemática social existente con la prostitución, principal eslabón de las enfermedades venéreas, así como las soluciones para su regulación, como la denominada *Sección de Higiene*, que obligaba al ingreso hospitalario de la prostituta al detectarse una enfermedad de transmisión sexual.

**4- Figuras de alto interés científico:** El Museo posee diversos modelados que muy bien podrían emplearse actualmente para el estudio de enfermedades y cuadros que no solemos tener la oportunidad de observar en nuestro medio. La diversidad de la sífilis representada es enorme, y no encuentra parangón en los tratados dermatológicos actuales. La enfermedad se recoge en todo su esplendor, incluyendo cuadros sifilíticos que eran, incluso, excepcionales hace cien años. Otro tanto cabe decir de las manifestaciones cutáneas de la tuberculosis, mostrada en su enorme variabilidad dentro de la colección, o de la tiña fávica, lepra, pelagra, viruela y determinadas toxicodermias.

En los historiales se recogen antecedentes médicos de patologías que han dejado de ser endémicas en España, como el paludismo, o descripciones exploratorias de lesiones que no suelen observarse actualmente, como las costras fávicas o las rupias sifilíticas. Estos modelados podrían servir de estudio ante un hipotético repunte de estas enfermedades o, como mínimo, por su valor histórico.



Pero la colección también es asiento de algunas figuras e historiales que recogen observaciones clínicas descritas por primera vez en estos pacientes. A este respecto, destacan varios cuadros definidos por Azúa, como la *gangrena seca en histéricas de producción espontánea*, la *piodermitis vegetante*, las *dermitis por el lavado* o un peculiar tipo de *queratodermias hereditarias*. Se trata, por lo tanto, de figuras con un gran valor científico, ya que muestran los primeros casos de su descripción a nivel mundial.

**5- Terminología distinta:** La terminología diagnóstica de muchas figuras es distinta a la empleada hoy en día, lo que puede llevar a confusión. Diagnósticos como *herpetismo*, *elefantiasis* o *escrofúlides* pueden interpretarse erróneamente si no se conocen las teorías médicas y los conceptos seguidos en la Dermatología del siglo XIX. El reflejo del *temperamento* y la *constitución* entre los antecedentes del paciente debe entenderse como su predisposición a enfermar de una determinada manera.

Algunos de los conceptos que hoy resultan obsoletos, como *fagedenismo* y *serpiginismo*, conllevan, sin embargo, interesantes apreciaciones clínicas que actualmente se han perdido. Lo mismo cabe decir respecto al *herpetismo* y *escrofulismo*, términos que, aunque abandonados en favor de una clasificación más localista, denotan una visión global de las dermatosis, entendidas como enfermedades de todo el cuerpo humano.

Algunas figuras poseen diagnósticos que reflejan la confusión existente sobre determinadas patologías. Éste es el ejemplo de distintas lesiones destructivas, catalogadas como *lupus*; o de nevos melanocíticos gigantes, denominados *enfermedad de Recklinghausen*. Su presencia sirve para apreciar la evolución que ha seguido el pensamiento médico en estas áreas.

**6- Importancia de la observación clínica:** A través de las historias clínicas se observa cómo eran, de forma casi exclusiva, los datos de la anamnesis, la exploración física y la respuesta al tratamiento los que soportaban el diagnóstico, a falta de pruebas complementarias. Tanto el relato del curso que ha seguido la enfermedad hasta que el paciente acude al Hospital, como la exploración física recogida, reflejan una gran diversidad de matices que hoy en día, en general, no suelen atenderse. Estos historiales

corresponden a una época médica en la que la observación clínica poseía una importancia capital, al no disponerse de la gran variedad de pruebas complementarias que existen en la actualidad. La Medicina contemporánea, más desarrollada en sus aspectos técnicos y conocimientos fisiopatológicos, se ayuda, sin embargo, de una observación clínica más pobre que la reflejada en el Museo.

La exploración física que se recoge en las historias clínicas mezcla signos y síntomas, además de ser asiento, en ocasiones, de teorías fisiopatológicas ofrecidas por los médicos del Hospital. Esto se comprende por la función docente otorgada a este Museo. Las figuras se realizaron de forma realista, imitando la manera con la que se lleva a cabo la exploración, mediante la adición de objetos o el modelado de manos que permiten mostrar mejor el campo. Muchas piezas, además de mostrar una patología de forma magistral, reflejan el sentimiento del paciente, constituyendo un gran ejemplo de un trabajo científico a la vez que artístico.

**7- La práctica de la Medicina:** Las historias clínicas de las figuras del Museo representan ejemplos reales de pacientes atendidos, con las circunstancias que acompañaban su enfermedad, las largas estancias hospitalarias o la negativa a seguir un determinado tratamiento. Esto aporta una idea muy distinta a la reflejada en los tratados médicos de la época, que, al igual que los actuales, olvidan muchos matices a la hora de generalizar sobre una enfermedad y el tratamiento necesario, siendo en no pocas ocasiones muy distinta la práctica clínica diaria.

Los tratamientos reflejados en el Museo constituyen también buenos ejemplos de las preferencias de cada médico. A pesar de trabajar en el mismo centro, los historiales muestran cómo los médicos del Hospital seguían pautas terapéuticas diferentes o llevaban a cabo ensayos originales, como el realizado por Olavide con la electricidad para tratar la lepra.

**8- El gran cambio producido en la farmacopea:** La extensión dedicada al tratamiento dentro de las historias clínicas es notable, e indica la formación práctica que se pretendía con la creación de esta colección. Mientras que la mayor parte de los conceptos dermatológicos no han evolucionado de forma tan profunda a lo largo del siglo XX, en el campo de la terapia farmacológica el cambio es total. La mayoría de los

remedios reflejados en las historias clínicas no suelen emplearse actualmente: Los preparados antisépticos, antiinflamatorios, analgésicos, antipiréticos o antipruriginosos han variado radicalmente a lo largo de los últimos cien años, siendo sustituidos por otros grupos farmacológicos más eficaces.

Esto no implica una escasez de medios en la farmacopea antigua. La variedad de medicamentos tópicos y sistémicos que se recoge en las historias clínicas es amplísima, a pesar de ser elaborados en la propia farmacia del Hospital. Concretamente, se aprecia una gran diversidad de preparados mercuriales y distintas técnicas en el tratamiento de la sífilis, según las preferencias del médico, del paciente o el estado evolutivo de la enfermedad. Lo mismo cabe señalar respecto a los preparados arsenicales o los medicamentos yodados, utilizados en varias patologías y, en contra de lo que podría pensarse, con exitosos resultados.

El empleo de algunos remedios de alta toxicidad, como el mercurio o el arsénico, no debe entenderse como el resultado de una práctica médica alocada y sin base científica. Se trataba de los únicos tratamientos eficaces que estaban disponibles en la época, siendo sus efectos secundarios bien conocidos y manejados. Cada época médica hace uso de los medicamentos existentes de la manera más eficaz posible, y resultaría injusto despreciar la terapéutica pasada en comparación con la que poseemos hoy en día, de la misma forma que dentro de cien años podrían burlarse de tratamientos tan tóxicos como la quimioterapia antineoplásica, la radioterapia o los trasplantes de médula ósea, que actualmente constituyen los remedios más eficaces contra determinadas patologías.

El modo de utilización de algunos tratamientos, como sanguijuelas, sangrías, purgantes, cantáridas, sudoríferos, etc. constituye un reflejo de ideas fisiopatológicas muy distintas a las seguidas actualmente, que son fruto de una concepción de la enfermedad como el resultado del desequilibrio entre distintos *humores* del cuerpo humano. Aunque estas teorías no tienen vigencia en la actualidad, esos mismos tratamientos se emplean hoy en día, con otras indicaciones, y su experiencia acumulada a lo largo de la historia ha servido en los avances médicos.

Algunos de los remedios que se reflejan en el Museo, como determinadas infusiones y cocimientos, ácido crisofánico, tanino, timol, etc. siguen utilizándose ampliamente en

nuestros días en la llamada “Medicina natural”. Una corriente de pensamiento bastante extendida tiende a creer que esta Medicina natural se ha desarrollado de forma paralela a la “Medicina occidental”, científica, la cual despreciaría arrogantemente a la Medicina natural. Sin embargo, la terapéutica que utilizamos en el presente proviene de una época en la que el empleo de las plantas enteras o sus extractos era habitual. Simplemente, la Medicina moderna ha evolucionado a partir de ahí, buscando los principios activos y sustentándose en evidencias científicas, mientras que la denominada Medicina natural es el reflejo de la farmacopea e ideas fisiopatológicas de nuestros antepasados.

**9- Los dermatólogos como cirujanos:** Los tratamientos quirúrgicos realizados sobre los pacientes que se muestran en el Museo reflejan un periodo histórico en el que los dermatólogos llevaban a cabo intervenciones que actualmente están reservadas a otros especialistas, como urólogos, oftalmólogos o cirujanos plásticos. Entre ellas, son muy destacables el gran número de procedimientos urológicos a los que abocaban las complicaciones de uretritis infecciosas mal curadas. Las técnicas quirúrgicas reflejadas, al contrario que los tratamientos médicos, son bastante similares a las empleadas actualmente. En realidad, las diferencias existentes se deben más al desarrollo tecnológico que a la destreza puramente humana.

Destaca el Dr. Eusebio Castelo como el responsable de una gran parte de los procedimientos quirúrgicos reflejados en los historiales. Asimismo, Castelo fue, junto a Olavide y Azúa, el principal impulsor del Museo, tanto por el número de figuras e historiales que provienen de su clínica, como por su apoyo a la creación de la colección. Sin embargo, parece que Castelo no ha recibido el reconocimiento que merece como personaje principal en esta labor.

**10- Valor histórico y cultural del Museo:** España fue de las primeras naciones en crear colecciones de figuras de cera orientadas a la enseñanza médica. Aunque el Museo Olavide ha pasado casi inadvertido en los trabajos nacionales e internacionales, su colección dermatológica fue, junto a la del Hospital parisino de Saint Louis, la semilla de otras muchas que se crearon en todo el mundo a principios del siglo XX, constituyendo por ello un patrimonio cultural muy importante. El estudio de este Museo muestra cómo el conocimiento médico en España estaba muy al día de los avances a

nivel internacional. En algunos casos, como en la utilización de determinados medicamentos o el reconocimiento de ciertas entidades, a la vanguardia de Europa.

Juan de Azúa, José Eugenio de Olavide y Eusebio Castelo son, como médicos, los principales impulsores de esta colección de figuras de cera, a juzgar por la procedencia de los pacientes representados y la calidad de los aspectos docentes reflejados en sus historiales. En el aspecto artístico, destaca Enrique Zofío, principal escultor de estos modelados, que resultan muy originales respecto a otras colecciones, debido a la riqueza de colores y matices, además de sus considerables dimensiones, algo que no ha sido suficientemente resaltado en otros trabajos.

El valor del Museo Olavide es, pues, digno de tenerse en cuenta por razones históricas y culturales. En contra de la creencia general, la Medicina española de finales del siglo XIX y comienzos del XX estaba al mismo nivel que las más avanzadas de Europa. El Museo es una muestra de unos precedentes ilustres en el campo médico español, que, sin embargo, han sido desconocidos o no apreciados suficientemente. La aparición de grandes personalidades médicas, como Santiago Ramón y Cajal o Gregorio Marañón, no ocurrió, como suele pensarse, en un terreno yermo, por puro azar, sino que se asentaba en un nivel clínico y un amor por la ciencia digno de resaltar, tal como se aprecia en el estudio de esta colección de figuras de cera dermatológicas.



## **ANEXOS**





## RELACIÓN DE FIGURAS RECUPERADAS (FR)

La siguiente relación recoge las figuras recuperadas a fecha de 31 de julio de 2009, su diagnóstico, el médico responsable del paciente, el escultor que realizó la figura y si ésta presenta historia clínica en la parte posterior del marco.

FIGURA RECUPERADA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	ESCULTOR	HISTORIAL
fr- 1	Queratoma difuso maligno. Ictiosis fetal	Isla	Zofio	No
fr- 2	Epitelioma en un enfermo de 22 años	Azúa	Zofio	No
fr- 3	Enfermedad de Recklinghausen y esclerosis cerebral de Bourneville	Covisa y Bejarano	Barta y López	No
fr- 4	Epitelioma	Bravo	Zofio	No
fr- 5	Elefantiasis nostra	Sicilia	Barta	No
fr- 6	Pénfigo foliáceo. Las vesículas se aplanan en el momento de formarse (...)	Bejarano	Barta	No
fr- 7	Disqueratosis folicular. Enfermedad de Darier	Covisa y Bejarano	Barta y López	No
fr- 8	Enfermedad névica generalizada tipo aberrante de la neurofibromatosis de Recklinghausen	Sáinz de Aja y Taboada	Barta	No
fr- 9	Dermatitis de Duhring (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 10	Pitiriasis pilar rubra (...)	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 11	Epitelioma vegetante desarrollado en una seborroide epitelial (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 12	Lepra tuberculosa ulcerada	Olavide	Zofio	Sí
fr- 13	Lupus eritematoso, brote agudo difuso, no febril	Sáinz de Aja	Zofio	No
fr- 14	Sarcomatosis cutánea roja tipo Perrin	Covisa	Barta	No
fr- 15	Serpiginismo venéreo	Covisa	Barta	No
fr- 16	Sin diagnóstico (manos)	¿?	¿?	No
fr- 17	Tiña favosa generalizada	Lozano	Zofio	No
fr- 18	Placa de tricoficia circinada. Contagio de una vaca	Azúa	Zofio	No
fr- 19	Tubercúlides keratóticas y eritematosas en placas y festones (...)	Azúa	¿?	No
fr- 20	Varices linfáticas en la corva. Estado elefantiásico de la pierna	Azúa	Zofio	No
fr- 21	Pitiriasis pilar rubra	Azúa	Zofio	No
fr- 22	Chancro sífilítico del pezón en estado de reparación	Sanjuán	Zofio	Sí
fr- 23	Herpétide maligna exfoliatriz en una mujer	Olavide	Zofio	No
fr- 24	Enfermedad de Recklinghausen	Bravo	Zofio	No
fr- 25	Lupus eritematoso difuso d'emblée	Covisa	Zofio	No

FIGURA RECUPERADA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	ESCULTOR	HISTORIAL
fr- 26	Angioma venoso en el brazo de un hombre	Muñoz	Zofio	Sí
fr- 27	Eritrodermia salvarsánica con pigmentación consecutiva	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 28	Epiteliomas quísticos benignos	Azúa	Zofio	No
fr- 29	Hipertrofia del pene	Taboada	Barta y López	No
fr- 30	Molluscum contagioso en placas vegetantes	Sicilia	Barta	No
fr- 31	Rinoscleroma	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 32	Sarcoma idiopático difuso de ambas ingles y miembro	Bombín	Zofio	No
fr- 33	Sífilide tuberculosa en la cara de una mujer	Bombín	Zofio	Sí
fr- 34	Sífiloma del párpado superior	Castelo	Zofio	Sí
fr- 35	Sin diagnóstico (oreja)	¿?	¿?	No
fr- 36	Úlcera dura apergaminada en la piel del prepucio	Castelo (hijo)	Zofio	Sí
fr- 37	Úlceras serpiginosas venéreas	Azúa	Zofio	No
fr- 38	Urticaria pigmentosa	Covisa	Barta	No
fr- 39	Sin diagnóstico (antebrazo y mano)	¿?	¿?	No
fr- 40	Yododerma flictenoso. ¿Bromoderma vegetantes?	Azúa	Zofio	No
fr- 41	Tumor blanco en la pierna izquierda de un hombre	Isla	Zofio	No
fr- 42	Sífilides terciarias de cicatrización queloidiana (...)	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 43	Elefantiasis árabe del pie y pierna derecha	Olavide	Zofio	No
fr- 44	Nevus sebáceo-tuberoso de Pringle (...)	Sicilia	Barta y López	No
fr- 45	Psoriasis sífilítica en piernas	¿?	Zofio	Sí
fr- 46	Sífilis pustulosa	Castelo	Zofio	Sí
fr- 47	Sífilide pigmentaria	Castelo	Zofio	No
fr- 48	Sífilis. Sífilides tuberculosas gigantes, infiltración profunda en los codos (...)	Azúa	Zofio	Sí
fr- 49	Sífilide pigmentaria tipo de grandes lúnulas	Sáinz de Aja	Zofio	No
fr- 50	Rupia sífilítica generalizada y confluyente	Cerezo	Zofio	No
fr- 51	Esporotricosis gomosa	Azúa	Zofio	No
fr- 52	Nevus de tipo angioma cavernoso en un niño de tres meses	Azúa	Zofio	No
fr- 53	Nevus vascular arterial verrugoso simulando adenomas sebáceos	Azúa	Zofio	No
fr- 54	Onicogrifosis	Taboada	Barta y López	No
fr- 55	Tiña tonsurante	Olavide	Zofio	Sí
fr- 56	Nevus sebáceo del cuero cabelludo	Covisa	Barta	No
fr- 57	Elefantiasis de genitales externos; cicatriz de goma ulcerada en el lado izquierdo	Taboada	Barta	No
fr- 58	Tricoficia cutánea circinada vesiculosa muy aguda, contagiada por un gato	Azúa	Zofio	No

FIGURA RECUPERADA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	ESCUPTOR	HISTORIAL
fr- 59	Chancro sifilítico del gran labio izquierdo	Cerezo	Zofio	Sí
fr- 60	Fungus del testículo izquierdo	Pulido	Barta y López	No
fr- 61	Angiolipoma de origen venoso	Azúa	Zofio	Sí
fr- 62	Angiosarcoma de la pierna izquierda operado por don Julián de la Villa	Azúa	Zofio	No
fr- 63	Dermatitis de Duhring (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 64	Eczema crónico de genitales. Liquenificación gigante	Molás	Barta	No
fr- 65	Epitelioma ulcerado sobre lupus eritematoso	Azúa	Zofio	No
fr- 66	Esporotricosis gomosa	Covisa	Barta	No
fr- 67	Fagedenismo venéreo	Taboada	Barta	No
fr- 68	Leishmaniosis americana. Espundia	Azúa	Zofio	No
fr- 69	Pénfigo foliáceo	Covisa	Zofio	No
fr- 70	Tricoficia cutánea circinada, progresión excéntrica vexiculosa	Azúa	Zofio	No
fr- 71	Poiquilodermia atrofiante vascular (tipo Jacobi) consecutiva a dermatitis salvarsánica	Covisa y Bejarano	Barta y López	No
fr- 72	Favus unceolares generalizados	Azúa	Zofio	No
fr- 73	Tiña favosa	Olavide	Zofio	Sí
fr- 74	Fagedenismo venéreo curado con tártaro estibiado	Taboada	Barta	No
fr- 75	Psoriasis circinada y giroide	Azúa	Zofio	No
fr- 76	Micosis fungoide	Sáinz de Aja	Barta y López	No
fr- 77	Tricoficia	Azúa	Zofio	No
fr- 78	Tricoficia cutánea, circinada, vexiculosa	Azúa	Zofio	No
fr- 79	Sin diagnóstico (cara y manos de una mujer)	¿?	¿?	No
fr- 80	Acné tóxico pápulo pustuloso, lesiones de rascamiento	Azúa	Zofio	No
fr- 81	Hemofilia. Sifilide papulosa generalizada	Bombín	Zofio	No
fr- 82	Melanodermia de partes descubiertas por fotosensibilización (...)	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 83	Pénfigo vegetante de Neuman	Azúa	Zofio	No
fr- 84	Pitiriasis rubra benigna tipo Hebra	Azúa	Zofio	No
fr- 85	Queratodermias palmo-plantares simétricas familiares	Bejarano	Barta	No
fr- 86	Acné vulgar (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 87	Bubón flemoso	Castelo	Zofio	Sí
fr- 88	Liquen sifilítico generalizado en la parte anterior del tórax	Martínez	Zofio	Sí
fr- 89	Micosis fungoide	Sáinz de Aja	Barta y López	No
fr- 90	Sifilide papulosa lenticular en regiones hipogástrica e inguinal de una mujer	Olavide	Zofio	Sí
fr- 91	Epitelioma en el dorso de la mano	Sáinz de Aja	Barta	No

FIGURA RECUPERADA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	ESCULTOR	HISTORIAL
fr- 92	Cara. Epitelioma en tejido cicatricial de lupus	Castelo	Zofio	No
fr- 93	Liquen espinuloso	Azúa	Zofio	No
fr- 94	Pápulas interdigitales ulceradas en un sífilítico secundario	Mañuecos	Zofio	No
fr- 95	Pelada: tricoficia cutánea circinada (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 96	Pelagra en las manos de un hombre	Olavide	Zofio	No
fr- 97	Pseudoepitelioma cutáneo	Azúa	Zofio	No
fr- 98	Púrpura hemorrágica	Bombín	Zofio	No
fr- 99	Queloides pre-esternales	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 100	Sífilide gomosa en la lengua	Taboada	Barta	No
fr- 101	Acné queloidiano; foliculitis en la periferia de la placa queloidiana central	Azúa	Zofio	No
fr- 102	Bubones ulcerados de ambas ingles por hipertrofia ganglionar	Castelo	Zofio	Sí
fr- 103	Chancro sífilítico de la mucosa prepucial	Castelo	Zofio	Sí
fr- 104	Chancro sífilítico en la región maxilar	Castelo	Zofio	No
fr- 105	Chancro sífilítico: fimosis accidental: bubón ulcerado (...)	Romero	Zofio	No
fr- 106	Dermatitis seborreica (pseudoritema) facial	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 107	Enfermedad de Paget (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 108	Epitelioma plano superficial cicatrizante	Azúa	Zofio	No
fr- 109	Leishmaniosis visceral y cutáneo-mucosa	¿?	¿?	No
fr- 110	Lupus ulceroso y escrofuloso en la cara de un joven	Olavide	Zofio	Sí
fr- 111	Papiloma en el pie de un hombre	Olavide	Zofio	Sí
fr- 112	Queratosis de la cara dorsal y plantar, consecutivas a un eczema de las piernas	Azúa	Zofio	Sí
fr- 113	Radiodermatitis de cuarto grado	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 114	Sífilis congénita. Sífilide ulcerosa de tipo rupiforme	Covisa	Barta	No
fr- 115	Vegetaciones granuliformes pediculadas	Castelo	Zofio	Sí
fr- 116	Acné hipertrófico con telangiectasia	Azúa	Zofio	No
fr- 117	Acné rosáceo en la cara de una mujer	Olavide	Zofio	Sí
fr- 118	Bubón ganglionar	Castelo	Zofio	Sí
fr- 119	Chancro crónico uretral de las prostitutas	Bombín	Zofio	Sí
fr- 120	Chancro sífilítico en la lengua	Castelo	Zofio	No
fr- 121	Dermatitis papilomatosa vegetante	Azúa	Zofio	No
fr- 122	Eccema impetiginoso herpético	Olavide	Zofio	Sí
fr- 123	Esclerodermia en banda, tratada (...) con aplicaciones del radium (...)	Covisa	Barta	No
fr- 124	Escrofulide tubérculo celular ulcerosa en la cara de un joven	Olavide	Zofio	No

FIGURA RECUPERADA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	ESCUPTOR	HISTORIAL
fr- 125	Resultado de la operación del estíomeno vulvar	Martínez	Zofio	Sí
fr- 126	Fungus benigno del testículo izquierdo	Castelo (hijo)	Zofio	Sí
fr- 127	Fungus sifilítico superficial del testículo	Castelo (hijo)	Zofio	Sí
fr- 128	Hidroa vacciniiforme (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 129	Ictiosis en el pie derecho de una niña	Olavide	Zofio	No
fr- 130	Liquen zoniforme	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 131	Lupus	Castelo	Zofio	No
fr- 132	Lupus de la cara	Olavide	Zofio	Sí
fr- 133	Lupus tuberculoso	Romero	Zofio	No
fr- 134	Lupus tuberculoso papilomatoso	Castelo (hijo)	Zofio	No
fr- 135	Lupus tuberculoso papilomatoso (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 136	Placas hipertróficas, algunas ulceradas, en la región axilar	Castelo (hijo)	Zofio	No
fr- 137	Placas mucosas ulceradas interdigitales	Castelo	Zofio	Sí
fr- 138	Prostato-cistitis crónica y blenorrea	Azúa	Zofio	Sí
fr- 139	Psoriasis sifilítica en la palma de la mano de un hombre	Castelo	Zofio	Sí
fr- 140	Púrpura hemorrágica; flictenas sanguíneas de los dedos	Covisa	Barta	No
fr- 141	Quistes sebáceos en el pene y escroto	Castelo	Zofio	Sí
fr- 142	Resultado de la operación de las vegetaciones	Martínez	Zofio	Sí
fr- 143	Sífilide tuberculosa de la cara	Bombín	Zofio	No
fr- 144	Chancro en la cara de una mujer	¿?	¿?	No
fr- 145	Tubercúlides pápulo-pustulosas en periodo papuloso (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 146	Tuberculosis papilomatosa de la lengua	Azúa	Zofio	No
fr- 147	Úlcera dura surco balano prepucial	Castelo	Zofio	Sí
fr- 148	Úlcera serpiginosa en labios de un hombre	Castelo	Zofio	Sí
fr- 149	Vegetaciones enormes y apiñadas en los grandes labios	Pérez Gallego	Zofio	Sí
fr- 150	Vegetaciones ulceradas en el miembro con perforación del prepucio y fimosis	Bombín	Zofio	No
fr- 151	Acné varioliforme en la cara de un hombre	Olavide	Zofio	Sí
fr- 152	Chancro sifilítico de la mama y sífilide exantemática	Olavide	Zofio	Sí
fr- 153	Chancro sifilítico del reborde ungueal ya cicatrizado	Azúa	Zofio	No
fr- 154	Chancro sifilítico en el cuello	Castelo	Zofio	No
fr- 155	Chancro sifilítico en la encía superior (frenillo)	Castelo	Zofio	No
fr- 156	Chancro sifilítico en ángulo externo del ojo	Bombín	Zofio	Sí
fr- 157	Chancro sifilítico hipertrófico en el labio de una mujer	Taboada	Barta	No

FIGURA RECUPERADA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	ESCULTOR	HISTORIAL
fr- 158	Chancros sífilíticos en ambos labios	Bombín	Zofio	No
fr- 159	Dermatitis por el lavado, forma pápulo-vexiculosa	Azúa	Zofio	No
fr- 160	Dermatitis séptica de evolución ampollosa o flictenular	Azúa	Zofio	Sí
fr- 161	Eccema herpético psoriasiforme en el antebrazo de un hombre	Olavide	Zofio	Sí
fr- 162	Epitelioma ulcerado vegetante	Covisa	Zofio	No
fr- 163	Escrofúlida exudativa del cuello de un niño	Olavide	Zofio	Sí
fr- 164	Escrofúlida exudativa del cuello de un niño	Olavide	Zofio	Sí
fr- 165	Escrofúlida pustulosa de la cara de un niño	Olavide	Zofio	Sí
fr- 166	Fagedenismo venéreo del anillo vaginal y horquilla	Bombín	Zofio	Sí
fr- 167	Fístulas uretro-escrotales	Castelo	Zofio	Sí
fr- 168	Glositis sífilítica difusa superficial	Azúa	Zofio	No
fr- 169	Ictiosis; escamas negras (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 170	Elefantiasis de los griegos (lepra), en la mano de una mujer	Olavide	Zofio	Sí
fr- 171	Lupus	Olavide	Zofio	No
fr- 172	Lupus en la cara de una mujer	Olavide	Zofio	No
fr- 173	Lupus escarótico en el brazo de un joven	Olavide	Zofio	Sí
fr- 174	Lupus tuberculoso	Covisa	Barta	No
fr- 175	Lupus vegetante papilomatoso	Sáinz de Aja	Zofio	No
fr- 176	Micosis fungoide	Covisa	Barta	No
fr- 177	Nevus unilateral verrugoso. Xantomas papulosos	Azúa	Zofio	No
fr- 178	Pelagra en la mano de una mujer	Olavide	Zofio	Sí
fr- 179	Pénfigo sífilítico	Bombín	Zofio	Sí
fr- 180	Pénfigo vegetante	Covisa	Barta y López	No
fr- 181	Pitiriasis pilar rubra. Queratosis folicular contagiosa de Brooke	Azúa	Zofio	No
fr- 182	Pseudoepitelioma (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 183	Rinoscleroma escrofuloso	Olavide	Zofio	Sí
fr- 184	Roseola sífilítica	Cerezo	Zofio	Sí
fr- 185	Sífilide polimorfa en el muslo de una mujer	Olavide	Zofio	Sí
fr- 186	Sífilide pústulo crustácea en la pierna de un hombre	Olavide	Zofio	Sí
fr- 187	Sífilide pústulo-crustácea en la parte anterior del tórax	Olavide	Zofio	Sí
fr- 188	Sífilis terciaria; goma fagedénico. Fístula consecutiva a osteoperiostitis de la tibia	Taboada	Barta	No
fr- 189	Sin diagnóstico (mano y antebrazo)	¿?	¿?	No
fr- 190	Tiña favosa	Covisa	Barta	No
fr- 191	Tuberculosis verrugosa cutánea de Riehl y Paltauf	Azúa	Zofio	No
fr- 192	Úlcera dura en el meato	Castelo	Zofio	Sí



FIGURA RECUPERADA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	ESCUPTOR	HISTORIAL
fr- 193	Úlcera dura en la cara dorsal del dedo anular	Castelo	Zofio	Sí
fr- 194	Úlcera dura fagedénica del balano	Castelo	Zofio	Sí
fr- 195	Úlcera gomosa fagedénica del cuello uterino	Cerezo	Zofio	Sí
fr- 196	Úlceras duras en el balano prepucial	Castelo	Zofio	No
fr- 197	Vegetaciones vasculares en la vulva y ano	Cerezo	Zofio	Sí
fr- 198	Epitelioma (miembro)	Castelo	Zofio	Sí
fr- 199	Liquen de Wilson (...)	Covisa	Barta	No
fr- 200	Lepra mixta (maculo-anestésica y papulosa en grandes sábanas)	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 201	Sin diagnóstico (región poplítea)	¿?	Zofio	No
fr- 202	Aneurisma	Espina	Zofio	No
fr- 203	Apéndice córneo en la región malar de una mujer	Olavide	Zofio	Sí
fr- 204	Chancro duro umbilical coincidiendo con una sífilide papulosa generalizada	Mañuecos	Zofio	No
fr- 205	Chancro sífilítico en el labio superior	Sanjuán	Zofio	No
fr- 206	Chancro sífilítico en el trago y conchas	Castelo (hijo)	Zofio	No
fr- 207	Chancro sífilítico hipertrófico	Cerezo	Zofio	Sí
fr- 208	Dermitis de Duhring	Castelo (hijo)	Zofio	No
fr- 209	Dermitis papilomatosa vegetante (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 210	Eccema impetiginoso herpético agudo.	Olavide	Zofio	Sí
fr- 211	Ectima terebrante (gangrena múltiple de la piel)	Azúa	Zofio	Sí
fr- 212	Elefantiasis de los árabes en el pene y escroto	Olavide	Zofio	Sí
fr- 213	Eritema mercurial consecutivo a inyecciones de aceite gris	Sáinz de Aja	Zofio	No
fr- 214	Escrofúlida papilomatosa.	Olavide	Zofio	Sí
fr- 215	Fibroma circunscrito de la piel del vientre.	Azúa	Zofio	Sí
fr- 216	Formación córnea del talón derecho sobre la inserción del tendón de Aquiles	Lozano	Zofio	No
fr- 217	Gangrena seca del pie	Castelo	Zofio	Sí
fr- 218	Ictiosis anserina. Placas ligeramente eritematosas y pápulas rojas	Azúa	Zofio	No
fr- 219	Ictiosis anserina	Azúa	Zofio	Sí
fr- 220	Impétigo de marcha centrífuga producido por estreptococos.	Azúa	Zofio	No
fr- 221	Lepra tuberculosa en la cara de un hombre	Olavide	Zofio	Sí
fr- 222	Lepra tuberculosa en la cara de un hombre	Olavide	Zofio	Sí
fr- 223	Linfangioma simple congénito del labio inferior	Azúa	Zofio	No
fr- 224	Lupus	Azúa	Zofio	No

FIGURA RECUPERADA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	ESCULTOR	HISTORIAL
fr- 225	Lupus escrofuloso en la cara	Olavide	Zofio	Sí
fr- 226	Necrosis sifilítica del frontal	Olavide	Zofio	No
fr- 227	Papiloma del cuero cabelludo (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 228	Pitiriasis pilar rubra	Azúa	Zofio	Sí
fr- 229	Placas de herpes zona (...) con contractura histérica	Azúa	Zofio	Sí
fr- 230	Placas mucosas en la lengua y pilares	Bombín	Zofio	Sí
fr- 231	Preparación anatómica de la región perineal	Azúa	Zofio	No
fr- 232	Prúriga agudo muy intenso y generalizado	Azúa	Zofio	No
fr- 233	Queratodermias congénitas, hereditarias y simétricas (...)	Azúa	Zofio	Sí
fr- 234	Keratosis de la cara palmar (...) consecutiva a una sífilide (...)	Azúa	Zofio	Sí
fr- 235	Quistes sebáceos múltiples del escroto	Sáinz de Aja	Zofio	No
fr- 236	Rosácea	Sáinz de Aja	Zofio	No
fr- 237	Roseola sifilítica generalizada	Olavide	Zofio	Sí
fr- 238	Rupia sifilítica generalizada y confluyente	Cerezo	Zofio	No
fr- 239	Rupias sifilíticas en los glúteos de una mujer	Martínez	Zofio	Sí
fr- 240	Sífilide goma ulcerada perforante de la nariz	Covisa	Zofio	No
fr- 241	Sífilide papulosa circinada	Castelo	Zofio	Sí
fr- 242	Sífilide tipo psoriásico tardío (hereditario)	Azúa	Zofio	No
fr- 243	Sífilis terciaria: gomas periósticos frontales (...)	Azúa	Zofio	Sí
fr- 244	Sífiloma masivo tipo rinofima	Sáinz de Aja	Barta y López	No
fr- 245	Tuberculosis verrugosa	Azúa	Zofio	No
fr- 246	Sin diagnóstico (úlceras en pierna)	¿?	¿?	No
fr- 247	Úlceras venéreas en anillo vaginal. Bubón ulcerado consecutivo	Martínez	Zofio	Sí
fr- 248	Úlceras venéreas en la mucosa con parafimosis y edema del miembro.	Castelo	Zofio	Sí
fr- 249	Vegetaciones blandas en el balano con fimosis accidental	Castelo	Zofio	Sí
fr- 250	Vegetaciones voluminosas del labio izquierdo de la vulva	Martínez	Zofio	Sí
fr- 251	Sin diagnóstico (brazo y mama)	¿?	Zofio	No
fr- 252	Acné por yoduro potásico	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 253	Aneurisma	Elizagaray	Zofio	No
fr- 254	Bubón primitivo en la región inguinal	Martínez	Zofio	Sí
fr- 255	Carcinoma ulcerado del miembro e ingle izquierda	Castelo	Zofio	Sí
fr- 256	Chancro sifilítico en el vestíbulo y pápulas mucosas	Martínez	Zofio	No
fr- 257	Chancros sifilíticos múltiples sucesivos	Castelo	Zofio	No
fr- 258	Dermatitis papilomatosa en placa única (región iliaca externa)	Mañuecos	Zofio	No

FIGURA RECUPERADA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	ESCUPTOR	HISTORIAL
fr- 259	Dermitis papilomatosa vegetante	Azúa	Zofio	No
fr- 260	Eczema rubrum de la región lateral del tronco	Olavide	Zofio	Sí
fr- 261	Eccema seborreico típico	Azúa	Zofio	No
fr- 262	Elefantiasis fusca seudonigra verrucosa	Mañuecos	Barta	No
fr- 263	Epitelioma del dorso del balano	Cerezo	Zofio	Sí
fr- 264	Epitelioma del miembro	Castelo	Zofio	No
fr- 265	Epitelioma simulando un chancro sifilítico	Azúa	Zofio	No
fr- 266	Epitelioma ulcerado en la cara de un hombre	Olavide	Zofio	Sí
fr- 267	Eritroqueratodermia arsenical	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 268	Esclerodermia en placas	Bejarano	Barta	No
fr- 269	Escrofulide pustulosa	Olavide	Zofio	No
fr- 270	Fagedenismo sifilítico	Bombín	Zofio	No
fr- 271	Fagedenismo sifilítico de la vulva	Bombín	Zofio	Sí
fr- 272	Heredo-sífilis (...) Gangrena seca de los dedos del pie (...)	Bejarano	Barta	No
fr- 273	Herpes flictenoides agudo en antebrazo y mano	Olavide	Zofio	Sí
fr- 274	Herpes zona	Castelo (hijo)	Zofio	No
fr- 275	Ictiosis tipo sauriosis (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 276	Xerodermia pigmentaria de tipo tardío (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 277	Leucosis cutis circunscrita de forma pseudo-leprosa	Bejarano	Barta	No
fr- 278	Liquen crónico herpético en la pierna de un hombre	Olavide	Zofio	Sí
fr- 279	Lupus hipertrófico del gran labio derecho	Cerezo	Zofio	Sí
fr- 280	Lupus escrofuloso fagedénico en periodo de reparación	Olavide	Zofio	Sí
fr- 281	Lupus hipertrofiado en la pierna de un joven	Olavide	Zofio	Sí
fr- 282	Lupus vemicoide (...) e infiltración tuberculosa difusa de la piel	Sáinz de Aja	Zofio	No
fr- 283	Nevus epiteliomatoso (cilindroma)	Lozano	Zofio	No
fr- 284	Pitiriasis pilar rubra	Azúa	Zofio	No
fr- 285	Placas mucosas ulceradas e infartadas en los genitales externos de una mujer	Martínez	Zofio	Sí
fr- 286	Pseudoepitelioma vegetante cutáneo	Azúa	Zofio	No
fr- 287	Púrpura hemorrágica	Olavide	Zofio	Sí
fr- 288	Queratodermia gonocócica	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 289	Keratosis blenorragica	Covisa	Barta	No
fr- 290	Sarcoma melánico	Covisa	Barta	No
fr- 291	Sarcoma mixomatoso desarrollado sobre una antigua ulceración de la pierna	Azúa	Zofio	Sí
fr- 292	Sarcomatosis idiopática, múltiple, pigmentaria, de origen hemorrágico	Azúa	Zofio	No
fr- 293	Sifilide pápulo-tuberculosa precoz generalizada	Bombín	Zofio	Sí

FIGURA RECUPERADA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	ESCULTOR	HISTORIAL
fr- 294	Sífilide polimorfa generalizada dérmica de primer grado	Olavide	Zofio	Sí
fr- 295	Sífilide psoriasiforme	Castelo	Zofio	No
fr- 296	Sífilide pústulo-crustácea (rupia), notable por la extensión	Molás	Barta	No
fr- 297	Sífilide pústulo-crustácea generalizada	Martínez	Zofio	Sí
fr- 298	Sífilide ulcero-gomosa de los márgenes del ano	Mañuecos	Zofio	No
fr- 299	Sífilismo crónico. Rasgadura del ano con fagedenismo	Bombín	Zofio	Sí
fr- 300	Verrugas córneas confluentes de enorme desarrollo en altura	Azúa	Zofio	No
fr- 301	Chancro fagedénico de forma terebrante	Sanjuán	Zofio	Sí
fr- 302	Chancro sífilítico en la pierna – sífilide papulosa	Azúa	Zofio	No
fr- 303	Chancro sífilítico mamario. Sífilide papulosa generalizada	Sanjuán	Zofio	Sí
fr- 304	Chanco sífilítico: infartos inguinales; sífilide papulosa (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 305	Dermatitis pustulosa vegetante de progresión decéntrica. Enfermedad de Hallopeau	Covisa	Zofio	No
fr- 306	Descamación y cicatriz pelagrosa en las manos de una mujer	Olavide	Zofio	Sí
fr- 307	Elefantiasis de los árabes de la pierna y pie de una mujer	Olavide	Zofio	No
fr- 308	Eritrodermia exfoliativa generalizada tipo Wilson-Brocq	Sáinz de Aja	Zofio	No
fr- 309	Escrofúlide ulcerosa generalizada	Olavide	Zofio	Sí
fr- 310	Ictiosis tipo sauriosis (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 311	Lupus eritematoso. Epitelioma del labio superior (...)	Azúa	Zofio	No
fr- 312	Melanodermia postsalvarsánica	Sáinz de Aja	Zofio	No
fr- 313	Queratodermias congénitas simétricas	Azúa	Zofio	No
fr- 314	Sífilide papulosa y eritema indurado sífilítico	Sáinz de Aja	Zofio	No
fr- 315	Sífilide papulosa generalizada	Castelo	Zofio	Sí
fr- 316	Sífilis en manos (...)	¿?	Zofio	No
fr- 317	Sífilis. Sífilide papulosa hemorrágica con areola eritematosa	Azúa	Zofio	No
fr- 318	Úlcera callosa	Olavide	Zofio	No
fr- 319	Ulceración serpiginosa venérea	Covisa	Barta	No
fr- 320	Varioloide del muslo de una niña en el 6º día de la erupción	Olavide	Zofio	Sí
fr- 321	Acné necrótico	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 322	Dermatosis producida por quemaduras voluntarias en una histérica	Azúa	Zofio	No
fr- 323	Eccema con elementos gigantescos pápulo-vesiculosos	Sáinz de Aja	Zofio	No
fr- 324	Eritema neurítico en el pecho de una mujer	Olavide	Zofio	Sí
fr- 325	Estiomeno vulvar	Martínez	Zofio	Sí

FIGURA RECUPERADA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	ESCUPTOR	HISTORIAL
fr- 326	Ictiosis de ambas manos de una niña	Olavide	Zofio	Sí
fr- 327	Infiltración urinaria	Castelo	Zofio	Sí
fr- 328	Poroqueratosis	¿?	Zofio	No
fr- 329	Psoriasis herpético	Olavide	Zofio	Sí
fr- 330	Dermatitis solar de tipo ampolloso y pelagroide	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 331	Eczema seborreico psoriasiforme (tipo de transición)	Azúa	Zofio	No
fr- 332	Eritema pelagroso en las manos de una mujer	Olavide	Zofio	Sí
fr- 333	Hiperqueratosis universal eritrodérmica hipoendocrina	Sicilia	Barta	No
fr- 334	Chancro sifilítico en el labio superior	Castelo	Zofio	Sí
fr- 335	Chancro sifilítico erosivo	Cerezo	Zofio	No
fr- 336	Epitelioma del ojo	Lozano	Zofio	No
fr- 337	Leucemia linfática aleucémica	Taboada	Barta	No
fr- 338	Sifilide tuberculosa en la cara de una mujer	Bombín	Zofio	Sí
fr- 339	Sifilide tubero escamosa en el pie y pierna de un hombre	Olavide	Zofio	Sí
fr- 340	Dermatitis pigmentaria progresiva (Enfermedad de Schamberg)	Sáinz de Aja	Barta y López	No
fr- 341	Fagedenismo sifilítico con destrucción de la piel del miembro	Bombín	Zofio	No
fr- 342	Flemón difuso con varios orificios fistulosos (...)	Castelo	Zofio	Sí
fr- 343	Placas mucosas y ulceradas en los márgenes del ano y escroto	Castelo	Zofio	Sí
fr- 344	Rupia sifilítica en la cara de un joven	Castelo	Zofio	Sí
fr- 345	Placas sifilíticas. Sifilide maculosa en una niña	Sanjuán	Zofio	Sí
fr- 346	Sifilide tricofitoide de la nuca y región lateral del cuello	Azúa	Zofio	No
fr- 347	Úlcera gangrenosa y perforante en el prepucio	Castelo	Zofio	Sí
fr- 348	Úlcera consecutiva a un onixis del pie izquierdo de un hombre	Sanjuán	Zofio	Sí
fr- 349	Dermatitis calórica abdomino-crural (...)	Sáinz de Aja	Barta y López	No
fr- 350	Eritema y roseola balsámicos	Castelo (hijo)	Zofio	Sí
fr- 351	Placas ulceradas en la región poplítea (hipertróficas)	Castelo (hijo)	Zofio	No
fr- 352	Lipomas múltiples	Castelo	Zofio	No
fr- 353	Lupus eritematoso (...)	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 354	Molluscum pendulum generalizado	Olavide	Zofio	Sí
fr- 355	Pitiriasis rubra pilaris	Sáinz de Aja	Zofio	No
fr- 356	Úlcera venérea fagedénica de la mucosa balano prepucial	Castelo	Zofio	Sí
fr- 357	Granuloma fávico del codo (...)	Covisa	Barta	No
fr- 358	Lupus tuberculoso. Epitelioma	Azúa	Zofio	No
fr- 359	Pelagra	Azúa	Zofio	No

FIGURA RECUPERADA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	ESCULTOR	HISTORIAL
fr- 360	Placas mucosas ulceradas en los genitales externos	Bombín	Zofio	Sí
fr- 361	Prurigo herpético en el antebrazo de una mujer	Olavide	Zofio	Sí
fr- 362	Sarna de tipo noruego	Azúa	Zofio	No
fr- 363	Tricoficia cutánea; generalizada (...); evolución muy aguda e inflamatoria	Azúa	Zofio	No
fr- 364	Elefantiasis del capuchón del clitoris y grandes labios	Castelo (hijo)	Zofio	No
fr- 365	Lepra tuberculosa	Olavide	Zofio	Sí
fr- 366	Pitiriasis rubra pilar	Azúa	Zofio	No
fr- 367	Sarcoma melánico bi-inguinal (...)	Sicilia	López	No
fr- 368	Obrera de la fábrica de pólvora (...) dermatitis sub-ungueal o perionixis	Covisa	Barta	No
fr- 369	Herpétide maligna exfoliatriz generalizada	Olavide	Zofio	Sí
fr- 370	Nevus vascularis maculosus. Úlcera varicosa y callosa de un hombre	Olavide	Zofio	Sí
fr- 371	Tiña favosa	Olavide	Zofio	Sí
fr- 372	Eczema numular en ambos brazos	Olavide	Zofio	Sí
fr- 373	Liquen plano de Wilson; forma hipertrófica tuberosa	Azúa	Zofio	Sí
fr- 374	Enfermedad de Recklinghausen	Azúa	Zofio	No
fr- 375	Favosa de las uñas	Azúa	Zofio	No
fr- 376	Gangrena en una histérica de producción espontánea	Azúa	Zofio	No
fr- 377	Onicomycosis fávica	Azúa	Zofio	No
fr- 378	Tiña favosa	Olavide	Zofio	Sí
fr- 379	Hipertrofia difusa cornea-papilar y dérmica (elefantiasis). Origen traumático	Sicilia	Barta	No
fr- 380	Lepra monomorfa	Covisa	Barta	No
fr- 381	Molluscum contagioso	Azúa	Zofio	No
fr- 382	Orquitis crónica tuberculosa	Castelo	Zofio	Sí
fr- 383	Lupus eritematoso generalizado de tipo reticulado	Azúa	Zofio	No
fr- 384	Pitiriasis nigricans	Sanjuán	Zofio	No
fr- 385	Psoriasis gutata generalizado	Castelo(hijo)	Zofio	No
fr- 386	Sífilide papulosa miliar	Cerezo	Zofio	Sí
fr- 387	Dermatitis eczematosa pápulo-vexiculosa, (...) acción del lavado	Azúa	Zofio	No
fr- 388	Eczema agudo simple en declinación	Olavide	Zofio	Sí
fr- 389	Eritema multiforme exudativo: variedad eritema iris vesiculoso	Azúa	Zofio	Sí
fr- 390	Gangrena húmeda (...)	Castelo	Zofio	Sí
fr- 391	Psoriasis gutata y difuso en el codo	Olavide	Zofio	Sí
fr- 392	Fístulas uretro escrotales y uretro perineales	Castelo	Zofio	Sí
fr- 393	Úlcera venérea en el limbo prepucial	Castelo	Zofio	Sí
fr- 394	Xantoma	Azúa	Zofio	No
fr- 395	Tiña favosa generalizada	Olavide	Zofio	No

FIGURA RECUPERADA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO	ESCUPTOR	HISTORIAL
fr- 396	Sarcoma melánico múltiple cutáneo	Azúa	Zofío	No
fr- 397	Acrodermatitis continua (tipo pustuloso)	Azúa	Zofío	No
fr- 398	Acrodermatitis-pustulosa continua	Covisa	Zofío	No
fr- 399	Lupus papilomatoso córneo	Azúa	Zofío	No
fr- 400	Goma sifilítico en la lengua	Castelo	Zofío	Si
fr- 401	Lupus eritematoso del cuero cabelludo	Sáinz de Aja	Barta	No
fr- 402	Dermatosis producida por quemaduras voluntarias en una histérica (...)	Azúa	¿?	No
fr- 403	¿Sarcoides de Boeck?	Azúa	Zofío	No
fr- 404	Sifilide pústulo crustácea generalizada y sifilide ulcerosa de los labios	Bombín	Zofío	Si





## RELACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS RECUPERADAS (HC)

La siguiente relación recoge las historias clínicas recuperadas a fecha de 31 de julio de 2009, el diagnóstico que presentan, el médico responsable del paciente, el médico que firma la redacción de la historia clínica y si su figura ha sido recuperada. Todas las figuras que presentan historia clínica fueron realizadas por el escultor Enrique Zofío.

Nº DE HISTORIA CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO RESPON-SABLE	AUTOR DEL HISTORIAL	FIGURA RECUPE-RADA
hc- 1	Infiltración urinaria complicada	Castelo	Borobio	Sí
hc- 2	Fístulas uretro-escrotales	Castelo	Palacios	Sí
hc- 3	Bubones fistulosos en las regiones inguinales.-Flemón en la región hipogástrica y subpubiana, con edema escrotal	Castelo	Borobio	Sí
hc- 4-5	Vegetaciones voluminosas en los grandes labios	Martínez	Palacios	Sí
hc- 6	Blenorragia uretral.-Balano-postitis crónica y vegetaciones con fimosis accidental	Castelo	Borobio	Sí
hc- 7	Vegetaciones voluminosas del labio izquierdo de la vulva y elefantiasis considerable del lado derecho	Martínez	Palacios	Sí
hc- 8	Infiltración urinosa	Castelo	Palacios	No
hc- 9	Vegetaciones	Sanjuán	Palacios	No
hc- 10	Vegetaciones pediculadas en forma de coliflor en las márgenes del ano	Castelo	Palacios	No
hc- 11	Próstato-cistitis crónica y blenorrea.- Cálculo vesical de difícil diagnóstico	Castelo	Palacios	Sí
hc- 12	Vegetaciones enormes y apiñadas en los grandes labios	Gallego	Palacios	Sí
hc- 13	Blenorragia uretral aguda.-Parafimosis con edema y ulceración del limbo prepucial	Castelo	Borobio	No
hc- 14	Úlceras blandas en el anillo vaginal; bubón ulcerado en la región hipogástrica	Martínez	Palacios	Sí
hc- 15	Úlceras blandas en el limbo prepucial con edema del miembro y fimosis accidental	Castelo	Colomo	Sí
hc- 16	Úlcera fagedénica en el prepucio y piel del miembro	Castelo	Palacios	Sí
hc- 17	Gangrena húmeda del miembro viril y blenorragia intensa	Castelo	Palacios	Sí
hc- 18	Bubón gangrenoso en la ingle izquierda	Castelo	Palacios	No
hc- 19	Fagedenismo serpiginoso del pene	Bombín	Palacios	No
hc- 20	Oftalmía blenorragica, contagiada por el mismo enfermo padeciendo una blenorragia uretral	Castelo	Palacios	No
hc- 21	Úlcera gangrenosa perforante del lado izquierdo del prepucio	Castelo	Romero	Sí
hc- 22	Úlcera blanda en la mucosa con parafimosis y edema del miembro	Castelo	Palacios	Sí
hc- 23	Chancro sífilítico de la mama, y sífilide exantemática	Olavide	Palacios	Sí

Nº DE HISTORIA CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO RESPON-SABLE	AUTOR DEL HISTORIAL	FIGURA RECUPE-RADA
hc- 24	Bubón primitivo en la región inguinal derecha	Martínez	Palacios	Sí
hc- 25	Bubón ganglionario	Castelo	Colomo	Sí
hc- 26	Úlceras blandas de la mucosa balano-prepucial.-Bubones ulcerados con hipertrofia de los ganglios inguinales.-Hernia inguinal en el lado derecho	Castelo	Palacios	Sí
hc- 27	Bubón flegmonoso	Castelo	Colomo	Sí
hc- 28	Úlcera dura apergaminada en la piel del prepucio	Castelo	Palacios	Sí
hc- 29	Úlcera sifilítica (mucosa prepucial)	Castelo	Colomo	Sí
hc- 30	Úlcera dura apergaminada en la raíz del miembro	Castelo	Palacios	No
hc- 31	Úlcera dura surco-balano-prepucial y linfangitis del miembro	Castelo	Romero	Sí
hc- 32	Úlcera dura fagedénica en el balano	Castelo	Colomo	Sí
hc- 33	Sífilide papulosa lenticular en la región hipogástrica	Martínez	Borobio	Sí
hc- 34	Sífilide roseólica generalizada y confluyente	Olavide	Palacios	Sí
hc- 35	Chancro sifilítico en el labio superior	Olavide	Palacios	No
hc- 36	Sífilide pápulo-tuberculosa circunscrita	Olavide	Palacios	No
hc- 37	Sífilide lenticular	Olavide	Palacios	No
hc- 38	Úlcera dura en la cara dorsal del dedo anular de la mano izquierda. Escrófula celular ulcerada en la región cervical	Castelo	Palacios	Sí
hc- 39	Sífilide papulosa generalizada.- Chancro sifilítico del vestíbulo. Ulceración del cuello uterino y del ano	Martínez	Borobio	No
hc- 40	Úlceras duras múltiples en el surco balano-prepucial	Castelo	Palacios	No
hc- 41	Placas sifilíticas en los grandes labios	Gallego	Palacios	No
hc- 42	Sífilide pústulo-crustácea del brazo	Olavide	Borobio	No
hc- 43	Chancro sifilítico en el vestíbulo y pápulas mucosas en sus inmediaciones	Martínez	Palacios	Sí
hc- 44	Úlceras fagedénicas serpiginosas en las regiones inguinal é iliaca derechas, escroto, piel miembro é hipogastrio	Castelo	Borobio	No
hc- 45	Placas mucosas ulceradas en las mucosas faríngea, palatina, labial y las márgenes del ano.-Sífilide ulcerosa del cuero cabelludo	Castelo	Romero	No
hc- 46	Sífilide pústulo-crustácea generalizada	Olavide	Palacios	Sí
hc- 47	Psoriasis sifilítica palmar y plantar.-Sífilide papulosa generalizada. Placas mucosas en la faringe, bóveda palatina y márgenes del ano	Castelo	Borobio	Sí
hc- 48	Sífilide polimorfa generalizada dérmica, primer período	Olavide	Palacios	Sí
hc- 49	Sífiloma del párpado superior derecho.- Sífilide papulosa discreta. Angina específica	Castelo	Viforcós	Sí
hc- 50	Sífiloma del miembro.- Infartos poliganglionares en las regiones inguinales.- Rupia sifilítica en la cara y pierna izquierda	Castelo	Borobio	Sí
hc- 51	Blenorragia uretro-vaginal.-Chancro sifilítico en el anillo vaginal.-Sífilide pústulo-crustácea generalizada y confluyente en la cabeza.-Gomas ulcerados en la cara	Martínez	Palacios	No

Nº DE HISTORIA CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO RESPON-SABLE	AUTOR DEL HISTORIAL	FIGURA RECUPE-RADA
hc- 52	Úlcera serpigínea en los labios de un hombre	Castelo	Palacios	Sí
hc- 53	Necrosis sifilítica del frontal	Olavide	Palacios	Sí
hc- 54	Sífilide papulosa circinada	Castelo	Colomo	Sí
hc- 55	Placas mucosas en el pene y escroto	Castelo	Palacios	No
hc- 56	Necrosis sifilítica del frontal y pómulo izquierdo	Castelo	Palacios	No
hc- 57	Sífilide tubérculo-escamosa generalizada	Olavide	Palacios	Sí
hc- 58	Sífilide pústulo-crustácea en la parte anterior del tórax	Olavide	Palacios	Sí
hc- 59	Sífilide gomosa ulcerada de la pierna y pie derechos de un hombre	Olavide	Palacios	No
hc- 60	Periostitis supurada y caries consecutiva del esternón ( <i>de naturaleza específica</i> )	Castelo	Palacios	No
hc- 61	Sífilide polimorfa del muslo de una mujer	Olavide	Borobio	Sí
hc- 62	Sífilide papulosa generalizada y confluyente	Castelo	Borobio	Sí
hc- 63	Herpeto sífilide generalizada	Olavide	Palacios	No
hc- 64	Vitíligo.-Eczema psoriasiforme en ambas piernas.- Sífilide gomosa ulcerada	Olavide	Colomo	No
hc- 65	Diagnóstico.- Chancro sifilítico en la uretra.- Placas mucosas en los órganos genitales externos	Martínez	Palacios	No
hc- 66	Úlcera dura en la horquilla.- Placas mucosas en los órganos genitales externos.- Blenorragia uretro-vaginal	Bombín	Palacios	No
hc- 67	Chancro o úlcera crónica uretral de las prostitutas	Bombín	Colomo	Sí
hc- 68-69	Estiomeno vulvar	Martínez	Palacios	Sí
hc- 70-71	Ictiosis generalizada	Olavide	Palacios	Sí
hc- 72	Apéndice córneo de la mejilla izquierda	Olavide	Borobio	Sí
hc- 73	Sarna en la mano de una mujer	Olavide	Palacios	No
hc- 74	Sarna de la mano y pecho de un niño	Olavide	Borobio	No
hc- 75	Tiña pelada	Olavide	Palacios	No
hc- 76	Tiña tonsurante	Olavide	Palacios	Sí
hc- 77	Tiña favosa	Olavide	Palacios	Sí
hc- 78	Púrpura hemorrágica	Olavide	Palacios	Sí
hc- 79	Varioloides en una niña	Olavide	Acín	Sí
hc- 80	Eritema tuberoso pseudo-exantemático	Olavide	Borobio	No
hc- 81	Eczema agudo simple en declinación del brazo y mano	Olavide	Borobio	Sí
hc- 82	Varicela en un niño a los siete días de la erupción	Olavide	Borobio	No
hc- 83	Escrofulide tubérculo-neoplásica celular ulcerosa	Olavide	Borobio	No
hc- 84	Úlcera callosa de la pierna izquierda	Olavide	Colomo	Sí
hc- 85	Lupus escrofuloso de la cara	Olavide	Palacios	Sí
hc- 86	Lupus escrofuloso y ulceroso en la cara	Olavide	Palacios	Sí
hc- 87	Escrofulide exudativa de la cara y cuello	Olavide	Acín	Sí
hc- 88	Lupus atrófico del brazo derecho e hipertrófico de la pierna del mismo lado	Olavide	Acín	Sí
hc- 90	Escrófula celular ulcerosa	Olavide	Palacios	No
hc- 91	Elefantiasis de los árabes del pene y escroto	Olavide	Acín	Sí

Nº DE HISTORIA CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO RESPON-SABLE	AUTOR DEL HISTORIAL	FIGURA RECUPE-RADA
hc- 92	Escrofúlide exudativa en el cuello y pecho de un niño de siete años	Olavide	Palacios	Sí
hc- 93	Escrofúlide pustulosa de la cara de un niño	Olavide	Borobio	Sí
hc- 94	Rinoescleroma escrofuloso	Olavide	Palacios	Sí
hc- 95	Escrofúlide pústulo-crustácea en un hombre	Olavide	Romero	No
hc- 96	Elefantiasis de los árabes del pie y pierna izquierdos de un niño	Olavide	Acín	No
hc- 97	Elefantiasis de los árabes de la pierna y pie izquierdos de un hombre, consecutiva a una escrofúlide exudativa de todo el miembro.- Esclerosis del tejido conjuntivo	Olavide	Borobio	No
hc- 98	Acné rosáceo	Olavide	Palacios	Sí
hc- 99	Liquen en el pecho, brazo y mano de un niño	Olavide	Acín	No
hc- 100	Diagnóstico.- Liquen crónico reumático en la pierna de un hombre	Olavide	Palacios	Sí
hc- 101	Herpes flictenoides agudo ó pseudo-exantemático	Olavide	Palacios	Sí
hc- 102	Eczema impetiginoso herpético agudo	Olavide	Acín	Sí
hc- 103	Liquen crónico herpético del pie izquierdo	Olavide	Borobio	No
hc- 104	Liquen crónico reumático	Olavide	Palacios	No
hc- 105	Prúrigo herpético	Olavide	Borobio	Sí
hc- 106	Eczema herpético psoriasiforme	Olavide	Palacios	Sí
hc- 107	Eczema impetiginoso herpético del dorso de ambas manos	Olavide	Borobio	Sí
hc- 108	Eczema nummular de ambos brazos	Olavide	Palacios	Sí
hc- 109	Psoriasis guttata y difuso en el codo	Olavide	Palacios	Sí
hc- 110	Escrofúlide maligna, con tendencia a lupus, del dorso de la mano izquierda	Olavide	Palacios	No
hc- 111	Acné varioliforme	Olavide	Palacios	Sí
hc- 112	Eczema rubrum	Olavide	Palacios	Sí
hc- 113	Moluscum péndulum generalizado	Olavide	Íñiguez	Sí
hc- 114	Psoriasis herpética maligna exfoliatriz generalizada	Olavide	¿?	Sí
hc- 115	Escrofúlide ulcerosa generalizada	Olavide	Palacios	Sí
hc- 116	Ectima neurítico	Olavide	Palacios	Sí
hc- 117	Gangrena seca del pie y pierna derecha	Castelo	Colomo	Sí
hc- 118	Nevus vascularis.- Úlcera varicosa y callosa de la pierna izquierda	Olavide	Borobio	Sí
hc- 119	Papiloma del pie derecho	Olavide	Borobio	Sí
hc- 120	Epitelioma ulcerado de ambos labios	Olavide	Palacios	No
hc- 121	Epitelioma ulcerado de la cara	Olavide	Palacios	Sí
hc- 122	Epitelioma en la nariz	Olavide	Palacios	No
hc- 123	Eritema pelagroso	Olavide	Palacios	Sí
hc- 124	Epitelioma del miembro	Castelo	Colomo	Sí
hc- 125	Cicatriz pelagrosa	Olavide	Palacios	Sí
hc- 126	Carcinoma en el miembro e ingle izquierda	Castelo	Palacios	Sí
hc- 127	Lepra tuberculosa de la cara	Olavide	Acín	Sí
hc- 128	Eritema circinado leproso del brazo derecho de una mujer	Olavide	Palacios	No
hc- 129-130	Lepra o elefantiasis de los griegos	Olavide	Palacios	Sí
hc- 131	Lepra blanca del pie y pierna	Olavide	Palacios	No
hc- 132	Tiña favosa generalizada	Olavide	Palacios	No

Nº DE HISTORIA CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO RESPON-SABLE	AUTOR DEL HISTORIAL	FIGURA RECUPE-RADA
hc- 133	Elefantiasis de los árabes en la pierna derecha	Olavide	Acín	No
hc- 134	Chancro sifilítico en el labio superior.- Placas mucosas en el istmo de las fauces.- Sifilide papulosa lenticular generalizada	Sanjuán	Nabajo	Sí
hc- 135-136-137	1º-Chancro sifilítico en período de reparación en el labio superior; placas mucosas en el inferior y en la vulva; sifilide maculosa. 2º-Chancro sifilítico mamario en periodo de estado; sifilide papulosa generalizada; alopecia. 3º-Chancro sifilítico en periodo de reparación en el pezón de la mama; sifilide papulosa en declinación; alopecia.	Sanjuán	Sanjuán	Sí
hc- 138	Vitíligo	Castelo	Palacios	No
hc- 139	Telangiectasia	Muñoz	N.	Sí
hc- 140	Placas mucosas gangrenadas en las márgenes del ano	Martínez	Palacios	No
hc- 141	Liquen sifilítico generalizado y confluyente	Martínez	Palacios	Sí
hc- 142	Sifilide pústulo-crustácea generalizada	Martínez	Palacios	Sí
hc- 143	Rupia sifilítica generalizada	Martínez	Palacios	Sí
hc- 144	Úlcera dura en el meato	Castelo	Colomo	Sí
hc- 145	Diagnóstico.- Quistes sebáceos en el escroto	Castelo	Palacios	Sí
hc- 146	Fungus benigno del testículo izquierdo	Castelo	Palacios	Sí
hc- 147	Diagnóstico.- Orquitis crónica tuberculosa doble y derrame en las tunicas escrotales	Castelo	Palacios	Sí
hc- 148	Úlcera secundaria en el dedo gordo del pie izquierdo	Sanjuán	Palacios	Sí
hc- 149	Escrófula celular ulcerada en el cuello de una mujer	Olavide	Palacios	No
hc- 150-151	Escleroma del prepucio (atresia).-Placas mucosas ulceradas en las márgenes del ano	Castelo	Palacios	No
hc- 153	Chancro sifilítico terebrante de la mucosa prepucial	Sanjuán	Colomo	Sí
hc- 160	Placas mucosas ulceradas en los espacios interdigitales de los pies	Castelo	Colomo	Sí
hc- 162	Sifilismo crónico y rasgadura del ano con fagedenismo	Bombín	Colomo	Sí
hc- 163	Placas mucosas ulceradas e infartadas en los genitales (externos)	Martínez	Colomo	Sí
hc- 164	Placas mucosas ulceradas en los genitales externos	Bombín	Colomo	Sí
hc- 167	Sifilide pustulosa	Castelo	Colomo	Sí
hc- 172	Lupus escarótico	Olavide	Colomo	Sí
hc- 174	Fagedenismo venéreo del anillo vaginal y horquilla	Bombín	Colomo	Sí
hc- 175	Lupus escrofuloso fagedénico en período de reparación	Olavide	Colomo	Sí
hc- 179-180-181	Lepra tuberculosa ulcerada	Olavide	Colomo	Sí
hc- 182	Fístulas uretro-perineales y uretro-escrotales	Castelo	Colomo	Sí
hc- 186	Psoriasis herpético	Olavide	Planell	Sí
hc- 188	Vegetaciones granuliformes pediculadas	Castelo	Planell	Sí

Nº DE HISTORIA CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO RESPON-SABLE	AUTOR DEL HISTORIAL	FIGURA RECUPE-RADA
hc- 194	Fungus sifilítico superficial del testículo	Castelo (hijo)	Lorente	Sí
hc- 195	Sífilide pápulo-tuberculosa precoz, generalizada, influenciada por complicación gástrico-saburral	Bombín	Lorente	Sí
hc- 202	Chancro sifilítico en el ángulo externo del ojo izquierdo	Bombín	V. del Río	Sí
hc- 203	Chancro sifilítico hunteriano en la parte inferior del gran labio izquierdo	Cerezo	Cerezo	Sí
hc- 204	Chancro sifilítico erosivo del labio mayor derecho de la vulva	Cerezo	Cerezo	Sí
hc- 207	Sífilide pustulosa miliar	Cerezo	Lizcano	Sí
hc- 210	Pénfigo sifilítico	Bombín	V. del Río	Sí
hc- 211-212	Sífilide tuberculosa de la cara	Bombín	V. del Río	Sí
hc- 214	Epitelioma del dorso del balano	Cerezo	Tejero	Sí
hc- 215	Roseola sifilítica	Cerezo	Lizcano	Sí
hc- 216	Psoriasis sifilítico localizado en las piernas	Cerezo	Tejero	Sí
hc- 218	Placas mucosas ulceradas en las márgenes del ano, testículos y escroto	Castelo	Tortosa Vidal	Sí
hc- 219	Tiña favosa	Olavide	Tortosa Vidal	Sí
hc- 222	Angiolipoma de origen venoso	Azúa	Azúa	Sí
hc- 223	Sífilide pústulo-crustácea generalizada y sífilide ulcerosa de los labios con edema	Bombín	Núñez y Martín	Sí
hc- 225	Sífilis terciaria: gomas periósticos frontales reblandecidos;periostosis gomosas de la cara interna del frontal;monoplegia sintomática	Azúa	Azúa	Sí
hc- 226	Sarcoma mixomatoso en la pierna izquierda	Azúa	A. Zofío	Sí
hc- 231	Fagedenismo sifilítico de la vulva	Bombín	V. del Río	Sí
hc- 234	Lepra tuberculosa	Olavide	Romera	Sí
hc- 235	Lepra tuberculosa	Olavide	Tortosa Vidal	Sí
hc- 241	Fibroma circunscrito de la piel del vientre (infiltración en chapa y pediculado)	Azúa	Azúa	Sí
hc- 242	Dermatitis séptica de evolución ampollosa o flictenular	Azúa	Azúa	Sí
hc- 243	Liquen plano de Wilson: forma hipertrófica tuberosa	Azúa	Azúa	Sí
hc- 244	Queratodermias congénitas hereditarias y simétricas de las manos, pies, orejas y nariz	Azúa	Otero	Sí
hc- 246	Queratosis de la cara dorsal y plantar de los pies, consecutiva a un eczema de las piernas, producido por congestión venosa de las mismas, dependiente de una lesión cardio-pulmonar	Azúa	Azúa	Sí
hc- 257	Vegetaciones vasculares en la vulva y ano	Cerezo	Tortosa Vidal	Sí
hc- 258	Keratosis de la cara palmar de la mano y de los dedos, consecutiva a una sífilide papulosa coherente de las palmas de ambas manos	Azúa	Azúa	Sí
hc- 268	Ictiose anserina	Azúa	Azúa	Sí
hc- 270	Placas de herpes zona de origen neurótico en un brazo con contractura histérica	Azúa	Azúa	Sí
hc- 281	Lupus hipertrófico del gran labio derecho en sus dos tercios posteriores	Cerezo	Cerezo	Sí

Nº DE HISTORIA CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	MÉDICO RESPON-SABLE	AUTOR DEL HISTORIAL	FIGURA RECUPE-RADA
hc- 282	Chancro sifilítico hunteriano o ulcus elevatum, o chancro sifilítico hipertrófico, ocupando toda la superficie externa del gran labio izquierdo	Cerezo	Cerezo	Sí
hc- 284	Ectima terebrante (gangrena múltiple de la piel)	Azúa	Azúa	Sí
hc- 286	Pitiriasis pilar rubra	Azúa	Azúa	Sí
hc- 290	Úlcera gomosa fagedénica del lado izquierdo del fondo útero-vaginal	Cerezo	Cerezo	Sí
hc- 291	Sífilis terciaria.-Sifilides tuberculosas de gran tamaño; infiltración profunda; probable invasión de los ganglios	Azúa	Azúa	Sí
hc- a	Eritema multiforme exudativo: variedad eritema iris vesiculoso	Azúa	Azúa	Sí
hc- b	Eritema y roseola balsámicos	Castelo (hijo)	Planell	Sí
hc- c	Escrofúlida papilomatosa	Olavide	Tortosa Vidal	Sí
hc- d	Lupus de la cara	Olavide	Gómez Jover	Sí
hc- e	Pelagra	Olavide	V. del Río	Sí
hc- f	Blenorragia.-Eritema en las márgenes del ano.- Placas mucosas en la lengua y pilares	Bombín	Colomo	Sí
hc- g	Tiña favosa	Olavide	V. del Río	Sí





## TERMINOLOGÍA DISTINTA A LA ACTUAL

La siguiente relación es un resumen de distintos términos mencionados en la anamnesis, exploración o el diagnóstico de las figuras y sus historias clínicas, que pueden llevar a confusión, ya que no se utilizan actualmente, o bien se hace en otro sentido. Puesto que se trata de una simplificación de estos conceptos, conviene remitirse al texto del trabajo para su explicación completa.

TÉRMINO	EQUIVALENCIA ACTUAL
Bilioso	En referencia al temperamento, individuo predispuesto a las afecciones del sistema digestivo
Blenorragia	Uretritis
Bubón	Adenopatía inflamatoria
Catarró uterino	Dismenorrea y síntomas dismenorreicos
Constitución	Resistencia que presenta el organismo frente a la enfermedad
Dermitis papilomatosa vegetante	Cuadro verrucoso o papilomatoso que, en la mayoría de los casos, semeja la botriomicosis
Ectima terebrante	Ectima gangrenoso
Eczema rubrum	Placa de color rojo intenso, bien delimitada, con posible exudación, y que puede corresponder a erisipelas y otras entidades
Elefantiasis de los árabes	Malformación hipertrófica de un miembro, cualquiera que sea su causa
Elefantiasis de los griegos	Lepra lepromatosa
Elefantiasis nostras	Malformación hipertrófica de un miembro que simula la filariasis, pero que está producida por otras causas
Erisipela	Entendida al igual que hoy en día, pero también como la irritación cutánea superficial
Escrofulismo	Tendencia a los cuadros exudativos, purulentos, ulcerosos y a la formación de abscesos, además de otras manifestaciones extra-cutáneas
Estiomeno	Utilizado como sinónimo de lupus, pero también para referirse a la hipertrofia indurada de los labios vulvares
Fagedenismo	Tendencia a la ulceración profunda de forma rápida
Fungus	Masa carnosa. Especialmente la que se presenta en el escroto
Ganglio infartado	Adenopatía
Gangrena húmeda	Necrosis tisular inflamatoria y exudativa
Gangrena múltiple de la piel	Ectima gangrenoso
Gangrena seca	Necrosis tisular sin inflamación, producida por la isquemia
Herpétide maligna exfoliatriz	Eritrodermia

<b>TÉRMINO</b>	<b>EQUIVALENCIA ACTUAL</b>
Herpetismo	Tendencia a patologías escamosas y/o pruriginosas como eccemas, psoriasis o liquen plano, además de otras manifestaciones extra-cutáneas
Lepra tuberculosa	Lepra lepromatosa
Linfático	En referencia al temperamento, individuo predispuesto al "escrofulismo"
Lupus	Lesión que tiende a la destrucción a nivel local (generalmente de origen tuberculoso)
Miembro	Entendido al igual que hoy en día (extremidad) pero también como el pene
Molluscum pendulum generalizado	Neurofibromatosis tipo 1
Nervioso	En referencia al temperamento, individuo predispuesto a síntomas neuróticos, convulsiones y delirios
Pitiriasis nigricans	Proceso descamativo generalizado, con escamas negruzcas, de diversa etiología.
Placas hipertróficas	Término empleado en ocasiones para referirse a los condilomas planos de la sífilis
Placas mucosas	Condilomas planos y rágades sifilíticas
Pseudoepitelioma (de Azúa)	Cuadro verrucoso o papilomatoso que, en la mayoría de los casos, semeja la botriomicosis
Queratoderma blenorragica o gonocócica	Síndrome de Reiter
Rupia	Hiperqueratosis gruesa constituida por capas de escamas que se superponen en estratos
Sanguíneo	En referencia al temperamento, individuo predispuesto a enfermedades inflamatorias y hemorrágicas
Sarcomatosis cutánea roja de Perrin	Sarcoma de Kaposi
Sarcomatosis idiopática, pigmentaria y hemorrágica	Sarcoma de Kaposi
Serpiginismo	Tendencia a la ulceración superficial de forma lenta
Temperamento	Predisposición individual a desarrollar determinadas enfermedades y síntomas, según el predominio de un sistema dentro del organismo
Tiña pelada	Alopecia areata
Tumor blanco	Tumoración profunda sin inflamación superficial. Suele deberse a tuberculosis
Úlcera blanda	Chancroide
Úlcera callosa	Úlcera de bordes hiperqueratósicos y átonos
Úlcera dura	Chancro sifilítico
Úlcera venérea	Chancroide
Vegetaciones	Condilomas acuminados

## RELACIÓN DE TRATAMIENTOS TÓPICOS

La siguiente relación recoge los tratamientos tópicos que se encuentran reflejados en el Museo Olavide, tal como se mencionan en sus historias clínicas o en la etiqueta de algunas figuras. Las indicaciones de estos tratamientos corresponden, igualmente, a las observadas en el Museo.

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	PROPIEDADES E INDICACIONES	OBSERVACIONES
Aceite de enebro	Aceite de enebro (100%)	Tuberculosis, lesiones liquenoides, tiñas	En ocasiones se añade ácido salicílico al 5% como queratolítico.
Ácido crómico	Cromo (100%)	Cáustico	Se trata de un cáustico de segunda elección, reservado para úlceras o verrugas recalcitrantes.
Ácido fénico en solución	Fenol (4-10%)	Antiséptico. Úlceras, lepra, psoriasis.	También denominado "Cura fenicada"
Ácido salicílico	Ácido salicílico (5%)	Queratolítico sobre queratodermias y otras hiperqueratosis	En ocasiones se añade a otros principios activos
Agua clorurada	Cloruro	Antiséptico sobre heridas	
Agua de bórax	Borato de sodio (1-4%)	Antiséptico	También denominada borato sódico o solución bórica
Agua de brea	Infusión de brea	Lavatorios de eccemas y tiñas	
Agua vegeto-mineral	Plomo (1%)	Astringente de heridas	Aplicada en fomentos
Alcohol alcanforado	Alcanfor y alcohol	Antiséptico y calmante de diferentes heridas	
Azufre en solución	Azufre (5%)	Rosácea	Solución hidro-alcohólica que contiene alcanfor para mitigar la irritación producida por el azufre
Baños de ácido fénico	Fenol (30 g. en una bañera)	Antiséptico	
Baños de almidón	Almidón	Emoliente	
Baños de cloruro de sodio	Sal (2 kg. en una bañera)	Queratolítico	
Baños de quintisulfuro de calcio	Azufre y cal viva a.a.	Queratolítico	
Baños de sublimado de mercurio	Bicloruro de mercurio (15 g. en una bañera)	Sífilis	Coadyuvante al tratamiento antisifilítico en algunos pacientes
Baños sulfurosos	Sulfuro potásico (60-120 g) en 50 litros de agua	Sífilis	Coadyuvante al tratamiento antisifilítico en algunos pacientes

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	PROPIEDADES E INDICACIONES	OBSERVACIONES
Bicarbonato de sosa	Bicarbonato sódico	Antiséptico y limpiador de distintas lesiones cutáneas	Disolución acuosa
Bolos de aceite de almendras dulces	Aceite de almendras	Calmante en cistitis	Enema intrauretral
Bolos de benzoato de cal	Ácido benzoico y cal a.a.	Antiséptico en cistitis	Enema intrauretral
Bolos de colirio verde	Subacetato de cobre (1%)	Antiséptico en vaginitis y uretritis	Inyecciones intravaginales e intrauretrales
Bolos de copaiba	Bálsamo de copaiba	Antiséptico en vaginitis	Enema vaginal
Bolos de malvas laudanizado	Opio e infusión de malvas	Calmante en uretritis	Inyección intrauretral
Bolos de sulfato de zinc	Sulfato de zinc	Antiséptico en uretritis	Inyección intrauretral
Borato sódico		(Ver agua de bórax)	
Bromuro potásico en solución	Bromuro potásico (3-6%)	Antipruriginoso local.	Solución acuosa
Cantáridas	Cantaridina	Vesicante en conjuntivitis gonocócica, neumonías y estados comatosos	Mediante la irritación local que produce, se perseguía un efecto antiinflamatorio sistémico. También denominadas papeles epispásticos.
Cataplasma resolutive		(Ver cataplasma saturnina)	
Cataplasma saturnina	Plomo	Para irritar úlceras y abscesos, de forma que se acelere su curación	También denominada cataplasma resolutive
Cataplasmas anodinas	Opio	Analgésico y antiinflamatorio local	También empleada para realizar una cura oclusiva de otros preparados
Cataplasmas de harina de arroz	Harina de arroz	Emoliente utilizado para macerar costras e hiperqueratosis	
Cataplasmas de harina de linaza	Harina de linaza	Antiinflamatorio local tras drenar abscesos	También empleada para realizar una cura oclusiva de otros preparados
Cataplasmas de hielo machacado	Hielo	Antiinflamatorio en oftalmías	Deben renovarse con más frecuencia que las cataplasmas calientes
Cataplasmas emolientes	Harina de arroz/miga de pan	Emoliente utilizado para macerar costras e hiperqueratosis	
Cerato de Galeno		(Ver cerato simple)	
Cerato simple	Aceite (80%) y cera (20%)	Protector de diversas heridas	El cerato de Galeno es similar, pero añade agua de rosas.
Clorato potásico en solución	Clorato de potasa (3-6%)	Contra la estomatitis y sialorrea mercurial. Como cicatrizante en algunas úlceras.	Solución acuosa. Empleado como colutorio o en lociones.

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	PROPIEDADES E INDICACIONES	OBSERVACIONES
Cloruro de zinc	Cloruro de zinc	Cáustico (50%) Antiséptico (5%)	Para realizar la pasta cáustica, se mezcla el cloruro de zinc con harina y agua.
Cocimiento de adormideras	Morfina	Analgésico local	Utilizado en forma de lavatorios
Colirio de Fernández	Trementina (2%), bicloruro de mercurio (0,25%)	Antiséptico y cicatrizante en chancros, chancroides y otras heridas.	El "colirio de Fernández reformado" contenía goma arábiga al 4% en su composición, en vez de yema de huevo.
Colirio de sulfato neutro de atropina	Atropina (0,2-0,7%)	Midriático en iritis sifilíticas	
Colirio de yoduro potásico	Yoduro potásico (0,15%)	Antiséptico en tubérculos leproso conjuntivales	
Colirio verde	Subacetato de cobre (1%)	Antiséptico y cicatrizante de heridas varias.	También utilizado en forma de lavativas para uretritis y vaginitis.
Colutorio aluminoso	Alumbre (0,5%)	Contra la sialorrea mercurial	
Emplasto de ranas		(Ver emplasto de Vigo)	
Emplasto de Vigo	Trementinas y aceites, con/sin mercurio	Como vendaje de úlceras	También denominado Emplasto de ranas
Gargarismo de Ricord	Mercurio, cicuta y hierba mora	Antisifilítico para lesiones buco-faríngeas	Se administra como un colutorio
Glicerina	Glicerina	Emoliente en ictiosis, queratosis pilar, psoriasis	También utilizada como vehículo del aceite de enebro y de la brea
Hila seca	Lienzo	Protector de úlceras y desecante	Utilizada tras algunas cauterizaciones
Limonada sulfúrica	Ácido sulfúrico (0,1%)	Astringente y refrescante en cuadros pruriginosos	
Manteca	Manteca de cerdo	Como vehículo de multitud de principios activos para conformar pomadas	Obligaba a una preparación frecuente, ya que la manteca se volvía rancia en pocos días
Mucilago de zaragatona	Sustancia mucilaginoso de la semilla de zaragatona	Emoliente y adhesivo	Tiene una consistencia parecida a la clara de huevo
Nitrato ácido de mercurio	Mercurio (12%) en ácido nítrico	Cauterizante de úlceras y condilomas planos	
Nitrato de plata	Nitrato de plata	Cauterizante (20-100%) de condilomas y úlceras. Antiséptico (0,3-1%) en infecciones.	
Papeles epispásticos		(Ver cantáridas)	
Pasta carbo-sulfúrica	Ácido sulfúrico (33%) y carbón (66%)	Cáustico contra úlceras necróticas	
Percloruro de hierro en solución	Percloruro de hierro (33%)	Hemostático tras intervenciones quirúrgicas	Solución acuosa

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	PROPIEDADES E INDICACIONES	OBSERVACIONES
Polvos de almidón	Almidón	Antipruriginoso local. Eccemas, escabiosis, varicela.	
Polvos de alumbre calcinado	Alumbre	Cáustico y antiséptico para úlceras	
Polvos de precipitado rojo	Óxido de mercurio	Cáustico contra abscesos	
Polvos de sabina, alumbre y óxido férrico	<i>Idem</i>	Cáustico de verrugas víricas	Se trata de un cáustico de segunda elección
Polvos de yodoformo	Yodo	Antiséptico de úlceras y heridas	
Pomada boratada	Borato de sodio (10%)	Antiséptico	
Pomada de aceite de enebro y óxido de zinc	Aceite de enebro y óxido de zinc a.a.	Eccema agudo	También se podía añadir subnitrato de bismuto a esta pomada.
Pomada de ácido crisofánico	Ácido crisofánico (¿1%?)	Queratorregulador en eccema	
Pomada de ácido pirogálico	Trihidroxibenzol (5%)	Queratolítico en cuerno cutáneo y sobre costras	
Pomada de belladona	Atropina (20%)	Antiespasmódico y calmante sobre tumefacciones	
Pomada de belladona hidrargírica	Atropina y mercurio	En iritis sifilíticas	
Pomada de biyoduro	Biyoduro de mercurio (2%)	Antisifilítico local en gomas	
Pomada de brea y glicerina	Brea (50%)	Eccemas, psoriasis, tuberculosis, tiñas y otros cuadros exudativos y pruriginosos.	Frecuentes irritaciones cutáneas por esta pomada
Pomada de calomelanos	Monocloruro de mercurio (10%)	Desinfectante en diferentes heridas	
Pomada de cloruro mórfico	Morfina (1%)	Analgésico local	También denominada pomada de extracto tebaico
Pomada de extracto tebaico		(Ver pomada de cloruro mórfico)	
Pomada de Helmerich	Azufre (20%), carbonato potásico (10%) en manteca de cerdo	Antiescabiótico	Este preparado producía irritación con mucha frecuencia
Pomada de precipitado blanco	Bicloruro de mercurio y sal amónica a.a. (5%)	Antisifilítico para lesiones rebeldes o hiperqueratósicas	Se le podía adicionar el opio como analgésico.
Pomada de protoyoduro de mercurio	Yodo y mercurio (3-10%)	Como medicación local en diferentes lesiones de sífilis	
Pomada de resorcina	Resorcina	Queratorregulador en psoriasis	

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	PROPIEDADES E INDICACIONES	OBSERVACIONES
Pomada de subnitrato de bismuto	Subnitrato de bismuto (10%)	Calmante en úlceras, infecciones, condilomas...	Mezclada con aceite de enebro al 4% en eccemas y psoriasis
Pomada de timol	Timol	Antiséptico en tiñas	Tratamiento coadyuvante junto a la depilación
Pomada de yodo	Yodo (4%)	Antiséptico de úlceras y heridas	
Pomada de yodoformo	Yodo	Antiséptico de úlceras y heridas	
Precipitado amarillo	Mercurio y ácido sulfúrico	Antiséptico	
Resorcina en solución	Resorcina	Antiséptico (5-10%) Cauterizante (50%)	
Sanguijuelas	Evacuación sanguínea	Como antiinflamatorio en oftalmías y estados comatosos	La extracción sanguínea perseguía un efecto antiinflamatorio.
Solución bórica		(Ver agua de bórax)	
Solución de yodoformo	Yodo (10-15%), bicarbonato potásico (7%) en solución hidro-alcohólica	Antiséptico. Utilizado de forma tópica en sífilis y heridas varias.	
Sublimado corrosivo	Bicloruro de mercurio (0,5-1%)	Antiséptico en sífilis y tiñas	En ocasiones se añade breva a la pomada de sublimado. El polvo del sublimado corrosivo también servía para baños generales antisifilíticos.
Sulfato de cobre	Sulfato de cobre (0,1-1%)	Antiséptico y astringente de heridas varias	
Sulfato de sosa	Sulfato sódico	Antiséptico y limpiador de diferentes úlceras	Solución acuosa
Tanino en solución	Tanino (0,3%) en solución acuosa	Astringente y antiséptico	Mezclado con vino, el tanino también se utilizaba en inyecciones intrauretrales para uretritis
Tintura de yodo	Yodo (1 parte) y alcohol (8-19 partes)	Antiséptico. Utilizado de forma tópica en sífilis y heridas varias.	
Tintura etérea de yodo	Yodo (1 parte) y éter sulfúrico (12 partes)	Antiséptico. Utilizado de forma tópica en sífilis y heridas varias.	
Ungüento de estoraque y altea	Bálsamo de estoraque, colofonia, aceite de altea	Irritante utilizado para favorecer el tejido de granulación en úlceras átonas.	Composición y propiedades casi idénticas al ungüento digestivo animado
Ungüento digestivo animado	Bálsamo de estoraque, trementina, aceite de hipericón	Irritante utilizado para favorecer el tejido de granulación en úlceras átonas.	Composición y propiedades casi idénticas al ungüento de estoraque y altea

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	PROPIEDADES E INDICACIONES	OBSERVACIONES
Ungüento mercurial	Mercurio (25%)	Como medicación local en chancros. En forma de fricciones en sífilis sistémicas.	También denominado ungüento napolitano
Ungüento mercurial doble	Mercurio (50%)	Como medicación local en chancros. En forma de fricciones en sífilis sistémicas.	Alternando la extremidad friccionada
Ungüento napolitano		(Ver ungüento mercurial)	
Vino aromático	Especies aromáticas (100 g. en un litro de vino)	Cicatrizante en úlceras	Utilizado en fomentos



## RELACIÓN DE TRATAMIENTOS SISTÉMICOS

La siguiente relación recoge los tratamientos sistémicos, indicaciones y dosis, tal como se reflejan en los historiales de las figuras del Museo Olavide.

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIONES	DOSIS DIARIA	OBSERVACIONES
Aceite de hígado de bacalao	Yodo, hierro, bromo, fósforo	Tuberculosis y como reconstituyente en malnutrición	15-30 g	En ocasiones se formula con yoduro de hierro
Aceite de ricino	Aceite de ricino (50%) en jarabe	Laxante	45 g	Administrado buscando un efecto "purgante" o de reequilibrio humoral
Ácido fénico	Fenol	Infecciones, neoplasias, psoriasis	0,2-1 g	En solución o en comprimidos. De resultados dispares.
Agua alcoholizada	Alcohol (5-20%)	Lepra y otras infecciones	Como bebida usual	De resultados muy pobres
Agua de brea	Brea (3-6%)	Bronquitis	100 ml del agua	Se añadía ácido fénico a la mezcla
Agua de cebada	Cebada	Como antipruriginoso	Como bebida usual	También denominada infusión o tisana de cebada
Agua de cebada cremorizada	Cebada y cremor de tártaro	Como antipruriginoso	Como bebida usual	El cremor de tártaro se añadía buscando un efecto diurético y laxante
Agua de cebada nitrada	Cebada y ácido nítrico	Como antipruriginoso	Como bebida usual	El ácido nítrico se añadía buscando un efecto "refrigerante", laxante y diurético
Agua de hierro	Tartrato férrico	Como reconstituyente	Como bebida usual	
Agua mineral de Carabaña	Magnesio	Laxante	100-200 g	Administrada buscando un efecto "purgante"
Alcanfor	Alcanfor	Priapismo	100 mg	Indicado para calmar la erección dolorosa que ocurría en las uretritis. Podía asociarse con 100 mg de trementina buscando combatir las poluciones nocturnas.
Arseniato de hierro	Arseniato de hierro (50 mg por píldora)	Eccemas, psoriasis y otras patologías "herpéticas"	100 mg	Producía gastroenteritis con más frecuencia que el arseniato de sosa. También denominado píldoras antiherpéticas.
Arseniato de sosa	Arseniato sódico (0,01-0,05%) en agua	Eccemas, psoriasis, erupciones liquenoides	20-100 mg al día durante 1-2 meses	Se iba aumentando la dosis hasta los límites de la tolerancia del enfermo

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIONES	DOSIS DIARIA	OBSERVACIONES
Bálsamo de copaiba	Resina de copaiba	Uretritis	4 g	Por vía oral se administraba en solución o en comprimidos
Bicarbonato de sosa	Bicarbonato sódico	Dispepsia	1-3 g	
Bicloruro de mercurio	Bicloruro de mercurio	Sífilis	10 mg	En forma de píldoras. También denominado sublimado corrosivo.
Bromuro potásico	Bromuro potásico	Como analgésico	1-3 g	
Calomelanos en inyección hipodérmica	Monocloruro de mercurio al vapor	Uretritis	300 mg	La goma arábiga se añadía como emulgente
Carbonato de hierro	Hierro	Como reconstituyente	500 mg	En ocasiones mezclado con quina
Cicuta	Conicina	Neoplasias	25-50 mg	También denominada extracto de cicuta
Citrato de hierro	Hierro	Como reconstituyente	150 mg	Administrado en comprimidos o en solución acuosa. En ocasiones mezclado con quina o yoduro potásico.
Clorato potásico	Clorato de potasa (3-6%)	Sialorrea mercurial	¿50-100 ml?	Por vía oral, se indicaba tragar una porción tras realizar colutorio
Cloroformo	Triclorometano	Anestésico para cirugías	Inhalación hasta conseguir la sedación	Único anestésico general que se observa empleado en este Museo
Cloruro de pilocarpina	Pilocarpina	Diaforético	50 mg	Tras su inyección hipodérmica, se envolvía al paciente para estimular la sudoración.
Cloruro mórfico		(Ver extracto tebaico)		
Cocimiento blanco gomoso	Goma arábiga	Como antidiarreico	Como bebida usual	En ocasiones se emplea como vehículo de otro medicamento antidiarreico
Cocimiento de zarzaparrilla	Zarzaparrilla	Sífilis	Como bebida usual	Tratamiento coadyuvante de la sífilis en algún caso
Cubeba	Pimienta cubeba	Uretritis	8 g	Se solía pautar junto al bálsamo de copaiba
Derivativo al tubo intestinal		(Ver sulfato de sosa)		
Disolución de sublimado		(Ver licor de Van-Swieten)		
Extracto acuoso de opio		(Ver extracto tebaico)		
Extracto blando de quina		(Ver quina)		
Extracto de cicuta	Conicina	Neoplasias	25-50 mg	En comprimidos mezclado con el ácido fénico

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIONES	DOSIS DIARIA	OBSERVACIONES
Extracto tebaico	Morfina	Como analgésico, sedante y en gastroenteritis	25-50 mg	También denominado extracto acuoso de opio, cloruro mórfico o láudano
Fosfato de cal	Fosfato de calcio	Tuberculosis	500 mg	
Hierro reducido por el hidrógeno	Hierro	Como reconstituyente	600 mg	Empleado junto al tratamiento mercurial de la sífilis
Infusión de café	Café	Como analgésico	Como bebida usual	El nerviosismo producido por la cafeína no compensaba su leve efecto analgésico
Infusión de cebada		(Ver agua de cebada)		
Infusión de genciana	Raíz de genciana	Como procinético del tubo digestivo	150 ml	
Jaborandi	Pilocarpina	Diaforético	2-3 g	Administrado por vía oral
Jarabe balsámico de Tolú	Bálsamo de Tolú (20%)	Gastroenteritis	15 g	
Jarabe de fumaria	Zumo de fumaria (50%)	Dispepsia	60-100 g	Se le añadía bicarbonato sódico para potenciar sus efectos.
Jarabe simple	Huevo, azúcar, agua	Vehículo de otros compuestos	Variable	Excipiente para principios activos como bicarbonato, ácido fénico, agua de brea o aceite de ricino.
Láudano		(Ver extracto tebaico)		
Licor de Fowler	Arsénico (1%) en solución hidro-alcohólica	Eccemas, psoriasis y otras patologías "herpéticas"	2-20 gotas	En su composición añadía alcohol de Melisa para mitigar los síntomas digestivos
Licor de Van-Swieten	Bicloruro de mercurio (0,1%)	Sífilis infantil y en algunos adultos	5-10 ml del jarabe en niños; 30-90 ml en adultos	A veces empleado en colutorios para lesiones sifilíticas orofaríngeas. También denominado disolución de sublimado.
Oxalato ferroso	Hierro	Como reconstituyente	200-300 mg	Empleado junto al tratamiento mercurial de la sífilis
Peptonato amónico mercúrico	Bicloruro de mercurio y pepsina	Sífilis	¿?	En forma de inyecciones subcutáneas
Percloruro de hierro	Percloruro de hierro (10%) en alcohol	Púrpura	15 gotas	
Píldoras antiherpéticas		(Ver arseniato de hierro)		
Píldoras asiáticas	Arsénico (4 mg) y pimienta negra (50 mg)	Eritrodermia psoriásica	1-3 comp. al día durante 4 meses	Sin resultados favorables

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIONES	DOSIS DIARIA	OBSERVACIONES
Polvos gasíferos laxantes	Ácido tártrico	Laxante	8 g	Administrados buscando un efecto "purgante"
Protoyoduro de mercurio y tridacio	Yoduro de mercurio (25 mg) y tridacio (25 mg)	Sífilis	25-100 mg al día durante 2-3 meses	También denominado protoyoduro hidrargírico. El tridacio se añadía para aliviar la gastritis producida por el mercurio.
Purgante salino		(Ver sulfato de sosa)		
Quina	Quinina	Como reconstituyente y antipirético	1 g	La indicación médica principal era la malaria. Como reconstituyente (tónico), se asociaba frecuentemente a otros compuestos, como el hierro.
Salol	Fenil-salicilato	Lepa	1 g	Medicamento introducido en Medicina en 1886
Sublimado corrosivo pilular		(Ver bicloruro de mercurio)		
Subnitrito de bismuto	Bismuto	Gastroenteritis	1-2 g	Administrado antes de las comidas para combatir vómitos y diarreas
Sulfato de quinina		(Ver quina)		
Sulfato de sosa	Sulfato sódico (25-50%) en solución acuosa	Laxante	15-30 g cada 2-4 días	Administrado buscando un efecto "purgante". También denominado "purgante salino" o "derivativo al tubo intestinal".
Tártaro estibiado	Antimonio	Chancroide vs. granuloma inguinal	¿20-50 mg i.v.?	Medicación empleada en enfermedades venéreas resistentes a los tratamientos habituales
Tartrato férrico-potásico	Hierro	Como reconstituyente	100-300 mg	En forma de comprimidos
Tintura de yodo	Yodo (8%) en alcohol	Lepa, tuberculosis, sífilis nodulares, filariasis	5-30 gotas	Produce gastroenteritis frecuentemente
Tisana de cebada		(Ver agua de cebada)		
Yoduro de hierro	Yoduro de hierro	En tuberculosis y otros cuadros con exudación purulenta	50-200 mg	En solución o en comprimidos

NOMBRE	PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIONES	DOSIS DIARIA	OBSERVACIONES
Yoduro mercúrico potásico	Mercurio (10 mg) y yoduro potásico (1,5 g)	Sífilis de largo tiempo de evolución	30-90 g. de la solución acuosa	La concentración de mercurio y de yoduro potásico en esta solución se variaba según las necesidades
Yoduro potásico	Yoduro potásico	Sífilis de largo tiempo de evolución y otras patologías ulcerosas o supurantes	2-16 g	En ocasiones se añade a la solución otros principios activos, como mercurio o hierro.



## BIBLIOGRAFÍA

- 
- <sup>1</sup> Giubbini G, Sborgi F. Técnicas de fundición a la cera perdida. En: Maltese C. Las técnicas artísticas. Milán: Ugo Mursia; 1973. p. 54-9.
- <sup>2</sup> Schnalke T. Diseases in Wax. The History of the Medical Moulage. Berlin: Quintessence Publishing Co, Inc.; 1995. p. 15-24.
- <sup>3</sup> Sierra X. Los museos de cera dermatológicos. En: Conde-Salazar L. Piel de cera: Olavide, San Juan de Dios y el Museo. Madrid: Luzán 5; 2006. p. 41-8.
- <sup>4</sup> Hillowala R, Renahan J. XVIII Century Anatomical Models at La Specola, Florence. *Anat Anz.* 1985; 159: 141-58.
- <sup>5</sup> Schnalke T. Diseases in Wax. The History of the Medical Moulage. Berlin: Quintessence Publishing Co, Inc.; 1995. p. 25-33.
- <sup>6</sup> Neave R. Pictures in the round: moulage and models in medicine. *J Audiov Media Med.* 1989; 12: 80-4.
- <sup>7</sup> Maraldi NM, Mazzotti G, Cocco L, Manzoli FA. Anatomical Waxwork Modeling: The History of the Bologna Anatomy Museum. *Anat Rec.* 2000; 261: 5-10.
- <sup>8</sup> Schnalke T. A Brief History of the Dermatologic Moulage in Europe. Part I. The Origin. *Int J Dermatol.* 1988; 27: 134-9.
- <sup>9</sup> Holubar K. The Anatomical Wax Preparations in the Josephinum in Vienna, Austria. *Arch Surg.* 1991; 126: 421-2.
- <sup>10</sup> Hilloowala R. Illustrations from the Wellcome Institute Library. The origin of the Wellcome anatomical waxes. Albinus and the Florentine collection at La Specola. *Med Hist.* 1984; 28: 432-7.
- <sup>11</sup> Anónimo. Museo de Anatomía de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Historia del museo. [Consulta: 29/11/2008]. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/museoana/historia/index.htm>
- <sup>12</sup> Bonélls J, Lacaba I. Curso completo de anatomía del cuerpo humano. Segunda edición. Tomo V. Madrid: Oficina de Don Francisco Martínez Dávila, impresor de Cámara de S. M.; 1820. p. 302-9
- <sup>13</sup> De Nieva JM. Decretos del Rey Nuestro Señor Don Fernando VII, y reales órdenes, resoluciones y reglamentos generales expedidos por las Secretarías del Despacho Universal y Consejos de S. M. desde 1º de enero hasta fin de diciembre de 1828. Tomo XIII. Madrid: Imprenta Real; 1829. p. 432-4.
- <sup>14</sup> Cambas JJ. Nota sobre una circular del Dr. D. Pedro González Velasco. *El Especialista.* 1860; 5: 72.
- <sup>15</sup> Chen JC, Amar AP, Levy ML, Apuzzo ML. The development of anatomic art and sciences: the ceroplastica anatomic models of La Specola. *Neurosurgery.* 1999; 45: 883-92.
- <sup>16</sup> Atherton DJ. Joseph Towne: Wax modeler extraordinary. *J Am Acad Dermatol.* 1980; 3: 311-6.
- <sup>17</sup> Schnalke T. Diseases in Wax. The History of the Medical Moulage. Berlin: Quintessence Publishing Co, Inc.; 1995. p. 10-3.
- <sup>18</sup> LaBuick D. London's Gordon Museum provides insight into some remarkable medical history. *CMAJ.* 1993; 148: 1385, 1388-9.
- <sup>19</sup> Mendis D, Ellis H. Joseph Towne (1806-1879), master modeller of wax. *J Med Biogr.* 2003; 11: 212-7.
- <sup>20</sup> Tilles G. La création du Musée de l'Hôpital Saint-Louis. Repères chronologiques et éléments de significations. *Hist Sci Med.* 1994; 28: 351-7.

- <sup>21</sup> Castelo F, Olavide J. Catálogo del museo anatómo-patológico del Hospital de San Juan de Dios. Madrid: Imprenta Provincial; 1903. p. 3-5.
- <sup>22</sup> Del Río E. Los orígenes de la escuela madrileña de Dermatología [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1996. p. 93-106.
- <sup>23</sup> Schnalke T. A Brief History of the Dermatologic Moulage in Europe. Part II. Breakthrough and Rise. *Int J Dermatol*. 1992; 31: 134-41.
- <sup>24</sup> Scholz A. On the History of German Moulages. En: Herzberg JJ, Korting GW. On the History of German Dermatology. Berlin: Grosse Verlag; 1987. p. 187-91.
- <sup>25</sup> Schnalke T. A Brief History of the Dermatologic Moulage in Europe. Part III. Prosperity and Decline. *Int J Dermatol*. 1993; 32: 453-63.
- <sup>26</sup> Burg G, Meyer VE, Schnyder U, Eberle H, Sinniger HP, Stoiber E. Historic Treasures in a New Museum: Dermatologic and Surgical Wax Models. *Int J Dermatol*. 1995; 34: 219.
- <sup>27</sup> Galimberti R, Martín A, Bettina A. Historia de la Dermatología latinoamericana. Toulouse: Privat; 2007. p. 53-4, 148, 155, 421 y 430.
- <sup>28</sup> Lacaz CS. Museu Ceroplástico Augusto Esteves (1891-1966). *Rev Soc Bras Med Trop*. 1993; 26: 125-6.
- <sup>29</sup> Imaizumi T, Nagatoya Y. Dermatologic moulage in Japan. *Int J Dermatol*. 1995; 34: 817-21.
- <sup>30</sup> Parish LC, Worden G, Witkowski JA, Scholz A, Parish DH. Wax Models in dermatology. *Trans Stud Coll Physicians Phila*. 1991; 13: 29-74.
- <sup>31</sup> Katsambas A, Emmanouil P, Petridis T. Museum of moulages of “Andreas Sygros” Hospital. Athens: MD communications; 2006. p. 14.
- <sup>32</sup> Geiges ML. Traces of Marion B. Sulzberger in the Museum of Wax Moulages in Zurich and their importance for the history of dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 60: 980-4.
- <sup>33</sup> Jessner S. Manual de las enfermedades de la piel y sexuales. 6ª y 7ª edición, traducida del alemán por el Dr. J. Bejarano. Tomos I y II. Madrid: Espasa-Calpe; 1927.
- <sup>34</sup> Zinsser F. Afecciones sifilíticas y sifiliformes de la boca. 3ª edición corregida y aumentada. Traducción española por el Dr. Vilá y Torrent. Barcelona: Labor; 1930.
- <sup>35</sup> Archer P. Alice Gretener, 1905-1986, medical artist, moulage maker & wax modeller. *J Audiov Media Med*. 2001; 24: 149-52.
- <sup>36</sup> Sticherling M, Euler U. The collection of dermatologic wax moulages at the University of Kiel, Germany. *Int J Dermatol*. 2001; 40: 586-92.
- <sup>37</sup> Schnalke T. Diseases in Wax. The History of the Medical Moulage. Berlin: Quintessence Publishing Co, Inc.; 1995. p. 165-74.
- <sup>38</sup> Aranda D, Maruri A, Mora A. Restauración de las figuras. En: Conde-Salazar L. Piel de cera: Olavide, San Juan de Dios y el Museo. Madrid: Luzán S; 2006. p. 49-55.
- <sup>39</sup> Anónimo. Las esculturas del miedo. Las enfermedades venéreas aumentan alarmantemente. Pero aquí son cosa de museo. *Qué*. 1978; 6 de marzo.
- <sup>40</sup> Schnalke T. Diseases in Wax. The History of the Medical Moulage. Berlin: Quintessence Publishing Co, Inc.; 1995. p. 203-4.



- 
- <sup>41</sup> Bodies... The Exhibition. [Consulta: 06/09/2009]. Disponible en: <http://www.bodiestheexhibition.com/>
- <sup>42</sup> Tilles G, Wallach D. Le Musée de l'Hôpital Saint-Louis. *Rev Prat.* 1991; 41: 2349-52.
- <sup>43</sup> Tilles G, Wallach D. Los moldes en la Dermatología. En: Wallach D, Tilles G. La Dermatología en Francia. Toulouse: Privat; 2002. p. 715-28.
- <sup>44</sup> Tilles G, Wallach D. Surgical moulages. *Int J Dermatol.* 1997; 36: 154.
- <sup>45</sup> Luciano de Murrieta J. Tratado de las enfermedades de la piel. Madrid: Imprenta de la compañía de Impresores y Libreros del Reino; 1848. p. 333-51.
- <sup>46</sup> Del Río E. Los orígenes de la escuela madrileña de Dermatología [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1996. p. 45-57.
- <sup>47</sup> Gómez Orbaneja J. Historia de la Dermatología en Madrid, en el siglo XIX y primer tercio del XX. En: Calap Calatayud J. y Rodríguez Murillo JA. Aspectos históricos de la Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología Española. Barcelona: Gráficas Coll; 1985. p. 163-9.
- <sup>48</sup> Castelo F, Olavide J. Catálogo del museo anatómico-patológico del Hospital de San Juan de Dios. Madrid: Imprenta Provincial; 1903. p. 6-32.
- <sup>49</sup> Anónimo. ¿Dónde está el museo Olavide? *Profesión Médica.* 1974; 17 de enero.
- <sup>50</sup> Conde-Salazar L, Heras F. Museo Olavide (I): historia. *Actas Dermosifiliogr.* 2007; 98: 65-8.
- <sup>51</sup> Crespo P. Visita a los museos de Madrid. Un museo entre paréntesis: El Olavide. *ABC.* 1966; 24 de diciembre. Edición de la mañana. p. 87.
- <sup>52</sup> *La terrible lección* [Película cinematográfica]. Dirigida por Fernando Delgado. Madrid: Comité Ejecutivo Antivenéreo; 1927. 50 min.
- <sup>53</sup> Hoja de Servicios del Ayudante 2º personal Don Enrique Zofio Dávila. Cuerpo de Sanidad Militar. Archivo general militar de Segovia; Sección 1ª: Legajo Z-217. p. 2-3.
- <sup>54</sup> Torres JM, Moratinos P. El museo de Sanidad Militar en el Hospital Militar de Madrid-Carabanchel (1901-1918). En: Gómez Ulla, Hospital Militar Central; cien años de historia: 1896-1996. Madrid: Ministerio de Defensa; 1996. p. 453-7.
- <sup>55</sup> Azcárate I. Colecciones de Sanidad Militar. *Revista de Museología.* 2006; 37: 201-8.
- <sup>56</sup> Hoja de Servicios del Ayudante 2º personal Don Enrique Zofio Dávila. Cuerpo de Sanidad Militar. Archivo general militar de Segovia; Sección 1ª: Legajo Z-217. p. 4-5.
- <sup>57</sup> Academia Médico-Quirúrgica Española. Reales órdenes de la Sanidad Militar. *El Pabellón Médico.* Tomo VII. Madrid: Establecimiento tipográfico de Ramón Berenguer; 1867. p. 358.
- <sup>58</sup> Hoja de Servicios del Ayudante 2º personal Don Enrique Zofio Dávila. Cuerpo de Sanidad Militar. Archivo general militar de Segovia; Sección 1ª: Legajo Z-217. p. 6.
- <sup>59</sup> García-Pérez A, del Río E. Los orígenes de la enseñanza de la dermatología en España. *Actas Dermosifiliogr.* 1997; 88: 421-33.
- <sup>60</sup> Conde-Salazar L, Heras-Mendoza F. Museo Olavide (II): escultores-pintores. Enrique Zofio Dávila, José Barta Bernardotta y Rafael López Álvarez. *Actas Dermosifiliogr.* 2007; 98: 131-4.
- <sup>61</sup> Hoja de Servicios del Ayudante 2º personal Don Enrique Zofio Dávila. Cuerpo de Sanidad Militar. Archivo general militar de Segovia; Sección 1ª: Legajo Z-217. p. 10-2.

- <sup>62</sup> Conde-Salazar L. Historia del Museo Olavide. En: Conde-Salazar L. Piel de cera: Olavide, San Juan de Dios y el Museo. Madrid: Luzán 5; 2006. p. 31-6.
- <sup>63</sup> Conde-Salazar L, Heras-Mendoza F. Museo Olavide (III): recuperación. *Actas Dermosifiliogr.* 2007; 98: 209-12.
- <sup>64</sup> Calap J, Padrón JJ, Castilla MA. El museu de cera de dermatosis de Olavide és la 3ª gran colecció de moulages dermatològics d'Europa. *Actas Dermosifiliogr.* 1997; 88: S2: 63-4.
- <sup>65</sup> Padrón JJ. Contribución al estudio de D. José Eugenio de Olavide y su obra [Tesis doctoral]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 1990. p. 381-2.
- <sup>66</sup> García Cubillana J. Aportaciones al estudio de la personalidad del doctor José Eugenio de Olavide (1836-1901) y su reciente reconocimiento público por la municipalidad de Madrid [Tesis doctoral]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2006. p. 60-76.
- <sup>67</sup> Worm AM, Hadjivassiliou M, Katsambas A. The Greek moulages: a picture of skin diseases in former times. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007; 21: 515-9.
- <sup>68</sup> Conde-Salazar L, Heras F, Maruri A, Aranda D. Recuperación del taller del Museo Olavide. *Med Segur Trab.* 2008; 54 (210): 73-8.
- <sup>69</sup> Conde-Salazar L, Aranda-Gabrielli D, Maruri-Palacín A, Mora-Sánchez A. Museo Olavide (IV): restauración. *Actas Dermosifiliogr.* 2007; 98: 286-90.
- <sup>70</sup> Schnalke T. Diseases in Wax. The History of the Medical Moulage. Berlin: Quintessence Publishing Co, Inc.; 1995. p. 206.
- <sup>71</sup> Scarani P, de Caro R, Ottani V, Raspanti M, Ruggeri F, Ruggeri A. Contemporaneous anatomic collections and scientific papers from the 19th century School of anatomy of Bologna: preliminary report. *Clin Anat.* 2001; 14: 19-24.
- <sup>72</sup> Worm AM, Hadjivassiliou M, Katsambas A. Syphilis depicted by the Greek moulages: a picture of skin manifestations in former times. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007; 21: 1234-8.
- <sup>73</sup> Medenica L, Lalevic-Vasic B, Skiljevic DS. The Belgrade dermatovenereologic moulage collection: past and present. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008; 22: 937-42.
- <sup>74</sup> Alba Reatiga YC. Ceroplastia e historia de la Dermatología en Colombia [Tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.
- <sup>75</sup> Padrón JJ. Contribución al estudio de D. José Eugenio de Olavide y su obra [Tesis doctoral]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 1990. p. 86-94.
- <sup>76</sup> Conde-Salazar L, del Río E, Díaz R, Heras F, Sierra X, Aranda D et al. Piel de cera: Olavide, San Juan de Dios y el Museo. Madrid: Luzán 5; 2006. p. 58-148.
- <sup>77</sup> Ständer S, Crout J, Sunderkötter C, Ständer H. Die Moulagensammlung der Universitäts-Hautklinik Münster. *Hautarzt.* 2001; 52: 662-6.
- <sup>78</sup> Heise H, Schlecht K, Zimmermann R, Gross G. Die Rostocker Moulagensammlung. *Hautarzt.* 2002; 53: 347-51.
- <sup>79</sup> Sáinz de Aja EA. El Hospital de San Juan de Dios en Madrid (1898-1953). *Actas Dermosifiliogr.* 1953; 44: 681-7.
- <sup>80</sup> Bejarano J, Enterría E. Sobre la leucosis cutis circumscriba de forma pseudoleprosa. *Actas Dermosifiliogr.* 1931; 23: 467-75.

- 
- <sup>81</sup> Fernández P. *Mujer pública y vida privada; del arte eunuco a la novela lupanaria*. Woodbridge: Tamesis Books; 2008. p. 151-3.
- <sup>82</sup> Guereña JL. *La prostitución en la España contemporánea*. Madrid: Marcial Pons; 2003. p. 264-6.
- <sup>83</sup> Duchesne-Duparc LV. *Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural*. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 330-2.
- <sup>84</sup> Grisolle A. *Tratado elemental y práctico de Patología Interna*. Tomo III. Madrid: Imprenta de Gaspar y Roig; 1857. p. 387-96.
- <sup>85</sup> Olavide JE. Del herpetismo y de las enfermedades que deben considerarse como de naturaleza herpética. En: *Actas de las sesiones del Congreso Médico Español celebrado en Madrid*. Septiembre de 1864. Madrid: Imprenta de José M. Ducazcal; 1865. p. 33-49.
- <sup>86</sup> Hardy A, Behier J. *Tratado elemental de Patología General y Semeyología*. Tomo I. Madrid: Imprenta de D. Ignacio Boix; 1846. p. 28-30.
- <sup>87</sup> Guerra F. *Historia de la Medicina*. Tomo I. Madrid: Ediciones Norma; 1989. p. 135-7.
- <sup>88</sup> Hardy A, Behier J. *Tratado elemental de Patología General y Semeyología*. Tomo I. Madrid: Imprenta de D. Ignacio Boix; 1846. p. 31-2.
- <sup>89</sup> Rodríguez E, Ballester R, Perdiguero E, Medina RM, Molero J. La lucha contra el paludismo en España en el contexto internacional. *Enf Emerg*. 2003; 5: 41-52.
- <sup>90</sup> Vidal (de Cassis) A. *Tratado de patología esterna [sic], y de medicina operatoria, con resúmenes de anatomía de los tejidos y de las regiones*. Tomo VI. Madrid: Imprenta de Gaspar y Roig; 1861. p. 261-6.
- <sup>91</sup> Fabrè FAH. *Tratado completo de las enfermedades de las mujeres*. Traducido al castellano por los licenciados en Medicina y Cirugía D. Francisco Méndez Álvaro y D. Enrique Font, con muchas adiciones. Tomo I. Madrid: Imprenta de la viuda de Jordán e hijos; 1845. p. 310-4.
- <sup>92</sup> Hunter J. *A Treatise on the Venereal Disease*. With copious additions by Dr. Philip Ricord. Translated and edited, with notes, by Freeman J. Bumstead. Second Edition Revised. Philadelphia: Blanchard and Lea; 1859. p. 295-6.
- <sup>93</sup> De Vicente J. *Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas*. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 259.
- <sup>94</sup> Ricord PH. *Traité Pratique des Maladies Vénériennes ou Recherches Critiques et Expérimentales sur l'Inoculation appliquée a l'Étude de ces Maladies, suivies d'un résumé thérapeutique et d'un formulaire spécial*. Paris: Librairie des Sciences Médicales de Just Rouvier et E. Le Bouvier; 1838. p. 25-6.
- <sup>95</sup> Ricord PH. *Traité Pratique des Maladies Vénériennes ou Recherches Critiques et Expérimentales sur l'Inoculation appliquée a l'Étude de ces Maladies, suivies d'un résumé thérapeutique et d'un formulaire spécial*. Paris: Librairie des Sciences Médicales de Just Rouvier et E. Le Bouvier; 1838. p. 31-4.
- <sup>96</sup> Lautenschlager S, Eichmann AR. Chancroid. En: Freedberg IM et al. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6th edition. Volume II. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 2193-7.
- <sup>97</sup> Sáinz de Aja EA. Fagedenismos y serpiginismos. *Actas Dermosifiliogr*. 1945; 37: 17-26.
- <sup>98</sup> García Pérez A. *Enfermedades de transmisión sexual*. Salamanca: Eudema; 1992. p. 40-1.
- <sup>99</sup> Azúa J. Chancros o úlceras serpiginosas venéreas. *Actas Dermosifiliogr*. 1917; 9: 221-67.
- <sup>100</sup> Covisa JS. Úlcera serpiginosa venérea. *Actas Dermosifiliogr*. 1919; 12: 52-3.

- <sup>101</sup> Covisa JS. Úlcera serpiginosa venérea. *Actas Dermosifiliogr.* 1920; 12: 94-5.
- <sup>102</sup> Gerdy PN. Enfermedades generales y diátesis. Con nuevas investigaciones sobre las inflamaciones, las diátesis purulentas, las gangrenas, las quemaduras, las congelaciones, las heridas por armas de fuego, etc. Madrid: Imprenta de M. Rivadeneyra; 1853. p. 419-21.
- <sup>103</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 394-400.
- <sup>104</sup> Gerdy PN. Enfermedades generales y diátesis. Con nuevas investigaciones sobre las inflamaciones, las diátesis purulentas, las gangrenas, las quemaduras, las congelaciones, las heridas por armas de fuego, etc. Madrid: Imprenta de M. Rivadeneyra; 1853. p. 417-9.
- <sup>105</sup> Grisolle A. Tratado elemental y práctico de Patología Interna. Tomo III. Madrid: Imprenta de Gaspar y Roig; 1857. p. 97-9.
- <sup>106</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo II. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 440.
- <sup>107</sup> Ledermann W. Una historia personal de las bacterias. Santiago de Chile: RIL editores; 2007. p. 147-8.
- <sup>108</sup> Schedel HE, Cazenave A. Tratado práctico de las enfermedades de la piel. Traducido de la cuarta edición por Don Manuel Antón de Sedano. Madrid: Imprenta de D. M. Delgras; 1851. p. 264-7.
- <sup>109</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo II. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 448-56.
- <sup>110</sup> Conde-Salazar L, del Río E, Díaz R, Heras F, Sierra X, Aranda D et al. Piel de cera: Olavide, San Juan de Dios y el Museo. Madrid: Luzán 5; 2006. p. 62-5.
- <sup>111</sup> Mercadal J. Elefantiasis nostras. Contribución al estudio patogenético de la misma. *Actas Dermosifiliogr.* 1941; 32: 594-607.
- <sup>112</sup> Conejo J. Elefantiasis nostras de ambas extremidades inferiores y anovulvar. *Actas Dermosifiliogr.* 1942; 33: 478-81.
- <sup>113</sup> Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 79-80.
- <sup>114</sup> Jawahar MS. Scrofula revisited: an update on the diagnosis and management of tuberculosis of superficial lymph nodes. *Indian J Pediatr.* 2000; 67: S28-33.
- <sup>115</sup> Khan R, Harris SH, Verma AK, Syed A. Cervical lymphadenopathy: scrofula revisited. *J Laryngol Otol.* 2009; 123: 764-7.
- <sup>116</sup> Tappeiner G, Wolff K. Tuberculosis and Other Mycobacterial Infections. En: Freedberg IM et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th edition. Volume II. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1940.
- <sup>117</sup> Corominas J. Diccionario crítico etimológico de la lengua castellana. Volumen II. Madrid: Gredos; 1976. p. 363.
- <sup>118</sup> Bouchut E. Traité Pratique des Maladies des Nouveau-nés, des Enfants à la Mamelle et de la Seconde Enfance. 4<sup>ème</sup> édition. Paris: J.B. Baillière et fils; 1862. p. 966-86.
- <sup>119</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 332-74.

- <sup>120</sup> Jessner S. Manual de las enfermedades de la piel y sexuales. 6ª y 7ª edición, traducida del alemán por el Dr. J. Bejarano. Tomo I. Madrid: Espasa-Calpe; 1927. p. 388-9.
- <sup>121</sup> De Olavide JE. Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatosis [Reimpresión de la edición de: Madrid. Imprenta de T. Fortanet; 1879]. Zamora: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora; 2006. p. 213-33.
- <sup>122</sup> Del Río E. Los orígenes de la escuela madrileña de Dermatología [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1996. p. 134-7.
- <sup>123</sup> García Pérez A. Las clasificaciones de las dermatosis, según don Juan de Azúa. En: Sierra X. Juan de Azúa y su tiempo. Homenaje al fundador de la A.E.D.V. Madrid: Saned; 1999. p. 23-32.
- <sup>124</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo II. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 174-80.
- <sup>125</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 375-80.
- <sup>126</sup> Vidal (de Cassis) A. Tratado de patología esterna [sic], y de medicina operatoria, con resúmenes de anatomía de los tejidos y de las regiones. Tomo VI. Madrid: Imprenta de Gaspar y Roig; 1861. p. 190-1.
- <sup>127</sup> Azúa J, Covisa JS. Lupus eritematoso agudo d'emblée. *Actas Dermosifiliogr*. 1911; 3: 307-11.
- <sup>128</sup> Sierra X. Historia de la Dermatología. Barcelona: MRA ediciones; 1994. p. 161-2.
- <sup>129</sup> Del Río E, García-Pérez A. José Eugenio de Olavide. II. Su teoría dermatológica. *Actas Dermosifiliogr*. 1999; 90: 638-45.
- <sup>130</sup> De Olavide JE. Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatosis [Reimpresión de la edición de: Madrid. Imprenta de T. Fortanet; 1879]. Zamora: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora; 2006. p. 114-5.
- <sup>131</sup> De Olavide JE. Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatosis [Reimpresión de la edición de: Madrid. Imprenta de T. Fortanet; 1879]. Zamora: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora; 2006. p. 59.
- <sup>132</sup> Bazin E, Sargent L. Leçons Théoriques et Cliniques sur les Affections Cutanées de Nature Arthritique et Dartreuse, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions Scrofuleuses, Parasitaires et Syphilitiques. Paris: Adrien Delahaye, Libraire-éditeur; 1860. p. 219-331.
- <sup>133</sup> Bazin E, Sargent L. Leçons Théoriques et Cliniques sur les Affections Cutanées de Nature Arthritique et Dartreuse, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions Scrofuleuses, Parasitaires et Syphilitiques. Paris: Adrien Delahaye, Libraire-éditeur; 1860. p. 182-92.
- <sup>134</sup> Bazin E, Sargent L. Leçons Théoriques et Cliniques sur les Affections Cutanées de Nature Arthritique et Dartreuse, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions Scrofuleuses, Parasitaires et Syphilitiques. Paris: Adrien Delahaye, Libraire-éditeur; 1860. p. 291-313.
- <sup>135</sup> Bazin E, Besnier J. Leçons Théoriques et Cliniques sur les Affections Cutanées de Nature Arthritique et Dartreuse, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions Scrofuleuses, Parasitaires et Syphilitiques. Deuxième édition. Paris: Adrien Delahaye, Libraire-éditeur; 1868. p. 437-42.
- <sup>136</sup> Conde-Salazar L, del Río E, Díaz R, Heras F, Sierra X, Aranda D et al. Piel de cera: Olavide, San Juan de Dios y el Museo. Madrid: Luzán 5; 2006. p. 120-1.

- <sup>137</sup> De Olavide JE. Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatosis [Reimpresión de la edición de: Madrid. Imprenta de T. Fortanet; 1879]. Zamora: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora; 2006. p. 151-2.
- <sup>138</sup> Del Río E. Los orígenes de la escuela madrileña de Dermatología [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1996. p. 142-6.
- <sup>139</sup> Vidal (de Cassis) A. Tratado de patología esterna [sic], y de medicina operatoria, con resúmenes de anatomía de los tejidos y de las regiones. Tomo VI. Madrid: Imprenta de Gaspar y Roig; 1861. p. 91-5.
- <sup>140</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo I. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 85-6.
- <sup>141</sup> Gerdy PN. Enfermedades generales y diátesis. Con nuevas investigaciones sobre las inflamaciones, las diátesis purulentas, las gangrenas, las quemaduras, las congelaciones, las heridas por armas de fuego, etc. Madrid: Imprenta de M. Rivadeneyra; 1853. p. 181-3.
- <sup>142</sup> Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 81.
- <sup>143</sup> Conde-Salazar L, del Río E, Díaz R, Heras F, Sierra X, Aranda D et al. Piel de cera: Olavide, San Juan de Dios y el Museo. Madrid: Luzán 5; 2006. p. 66-8.
- <sup>144</sup> Azúa J. Gangrena histérica, seca, en placa y lesiones por simulación en histéricas. *Actas Dermosifiliogr*. 1909; 2: 164-9.
- <sup>145</sup> Azúa J. Lesiones ulcerosas, simuladas por una histérica. *Actas Dermosifiliogr*. 1912; 5: 1-9.
- <sup>146</sup> Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 326-8.
- <sup>147</sup> Del Río E. Los orígenes de la escuela madrileña de Dermatología [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1996. p. 254-69.
- <sup>148</sup> Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 401-8.
- <sup>149</sup> Bonifaz A, Carrasco E. Botryomycosis. *Int J Dermatol*. 1996; 35: 381-8.
- <sup>150</sup> Casals M, Campo A, García F, Carrasco MA, Marco V, Aspiolea F et al. Botriomicosis pseudotumoral. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2002; 30: 64-7.
- <sup>151</sup> Tomb RR, Stephan F, Haddad A, Choucair J. Cutaneous granular bacteriosis, a rarely diagnosed infection of the head and the neck. *Clin Exp Dermatol*. En prensa.
- <sup>152</sup> Ginarte M, Sánchez-Aguilar D, Casas L, Peteiro C, Toribio J. Botriomicosis cutánea. *Actas Dermosifiliogr*. 1994; 85: 690-4.
- <sup>153</sup> Conde-Salazar L, del Río E, Díaz R, Heras F, Sierra X, Aranda D et al. Piel de cera: Olavide, San Juan de Dios y el Museo. Madrid: Luzán 5; 2006. p. 130-1.
- <sup>154</sup> Del Río E. Los orígenes de la escuela madrileña de Dermatología [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1996. p. 263-4.
- <sup>155</sup> Farhi D. The clinical and histopathological description of geometric phagedenism (pyoderma gangrenosum) by Louis Brocq one century ago. *Arch Dermatol*. 2008; 144: 755.
- <sup>156</sup> Castelo F, Olavide J. Catálogo del museo anatómo-patológico del Hospital de San Juan de Dios. Madrid: Imprenta Provincial; 1903. p. 28.
- <sup>157</sup> Azúa J. Piodermatitis crónica vegetante papilomatosa, en placas, con reacción epitelial quística córnea. *Actas Dermosifiliogr*. 1910; 1: 339-46.

- 
- <sup>158</sup> Azúa J. Dermatitis papilomatosa vegetante. *Actas Dermosifiliogr.* 1911; 3: 319-23.
- <sup>159</sup> De Olavide JE. Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatosis [Reimpresión de la edición de: Madrid. Imprenta de T. Fortanet; 1879]. Zamora: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora; 2006. p. 288-9.
- <sup>160</sup> Winchester R. Reiter's Syndrome. En: Freedberg IM et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th edition. Volume II. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1769-76.
- <sup>161</sup> Iglesias-Gamarra A, Félix-Restrepo J, Valle R. Historia del síndrome de Stoll-Brodie-Fiessinger-Leroy (síndrome de Reiter) y artritis reactiva. *Rev Colomb Reumatol.* 2004; 11: 62-74.
- <sup>162</sup> Covisa JS. Queratosis blenorragica. *Actas Dermosifiliogr.* 1920; 12: 138.
- <sup>163</sup> Sáinz de Aja EA. Queratodermia blenorragica (caso clínico). *Actas Dermosifiliogr.* 1924; 17: 103-13.
- <sup>164</sup> Thomson A, Miles A. Manual of Surgery. Volume 1<sup>st</sup>: General Surgery. 6<sup>th</sup> edition revised. Edinburgh: Republished 2008 by Forgotten Books; 1921. p. 205-7.
- <sup>165</sup> Bernard R. Sarcomata idiopathica multiplicia pigmentosa cutis (Kaposi). *Arch Dermatol Res.* 1899; 49: 207-26.
- <sup>166</sup> Jessner S. Manual de las enfermedades de la piel y sexuales. 6<sup>a</sup> y 7<sup>a</sup> edición, traducida del alemán por el Dr. J. Bejarano. Tomo I. Madrid: Espasa-Calpe; 1927. p. 471-2.
- <sup>167</sup> Stout AP. Atlas of Tumor Pathology. Section II. Fascicle 5. Tumors of the Soft Tissues. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1953. p. 106.
- <sup>168</sup> Ball NJ, Kho GT. Melanocytic nevi are associated with neurofibromas in neurofibromatosis, type I, but not sporadic neurofibromas. A study of 226 cases. *J Cutan Pathol.* 2005; 32: 523-32.
- <sup>169</sup> Marghoob AA, Orlow SJ, Kopf AW. Syndromes associated with melanocytic nevi. *J Am Acad Dermatol.* 1993; 29: 373-88.
- <sup>170</sup> Schaffer JV, Chang MW, Kovich OI, Kamino H, Orlow SJ. Pigmented plexiform neurofibroma: Distinction from a large congenital melanocytic nevus. *J Am Acad Dermatol.* 2007; 56: 862-6.
- <sup>171</sup> Pearce JMS. Neurofibromatosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2003; 74: 384.
- <sup>172</sup> Bateman T. Delineations of Cutaneous Diseases: Exhibiting the characteristic appearances of the principal genera and species comprised in the classification of the late Dr. Willan; and completing the series of engravings begun by that author. London: Printed for Longman, Hurst, Rees, Orme, and Brown, Paternoster-Row; 1817. Plate LX. Fig. 3.
- <sup>173</sup> Nebel H. Notice of an Instance of Molluscum Chronicum. En: The Edinburgh Medical and Surgical Journal. Volume 77. Edinburgh: Adam and Charles Black; 1852. p. 23-6.
- <sup>174</sup> Cabrera Cabrera PJ. Huéspedes del aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1998. p. 69-70.
- <sup>175</sup> Conde-Salazar L, del Río E, Díaz R, Heras F, Sierra X, Aranda D et al. Piel de cera: Olavide, San Juan de Dios y el Museo. Madrid: Luzán 5; 2006. p. 112-3.
- <sup>176</sup> Alaraj AM, Valyi-Nagy T, Roitberg B. Double phakomatosis; neurofibromatosis type-1 and tuberous sclerosis. *Acta Neurochir (Wien).* 2007; 149: 505-9.
- <sup>177</sup> Janeiro PC, Cunha MS, Cordeiro I, Santos HG, Antunes NL. Ocorrência simultânea de neurofibromatosis y esclerosis tuberosa, adquiridas como neomutaciones. *Rev Neurol.* 2008; 46: 347-50.

- 
- <sup>178</sup> Schedel HE, Cazenave A. Tratado práctico de las enfermedades de la piel. Traducido de la cuarta edición por Don Manuel Antón de Sedano. Madrid: Imprenta de D. M. Delgras; 1851. p. 95-6.
- <sup>179</sup> Del Río E. La dermatitis de lavado de Azúa. *Piel*. 1996; 11: 10-4.
- <sup>180</sup> Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 322-3.
- <sup>181</sup> Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Winkelmann RK. Dermatology. Berlin: Springer-Verlag; 1991. p. 446-7.
- <sup>182</sup> Quevauvilliers J. Dictionnaire médical. 5<sup>e</sup> édition. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2007. p. 110.
- <sup>183</sup> Sáinz de Aja EA, Barrio de Medina J. Eritrodermia exfoliante generalizada: tipo Wilson-Brocq. *Actas Dermosifiliogr*. 1919; 12: 5-6.
- <sup>184</sup> Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 324-5.
- <sup>185</sup> Bell B. Tratado teórico-práctico de las úlceras. Con las disertaciones sobre el modo de tratar la inflamación y sus terminaciones: y sobre los tumores blancos de las articulaciones. Madrid: Imprenta de la calle de Capellanes; 1802. p. 110-3.
- <sup>186</sup> Capuron J. Instituciones metódicas de Cirujía [sic]. Traducidas al castellano por D. Antonio de Frutos Tegero y Don Pedro Suárez. Tomo III. Madrid: D. Francisco Martínez Dávila; 1820. p. 299-300.
- <sup>187</sup> Bazin E, Sergent L. Leçons Théoriques et Cliniques sur les Affections Cutanées de Nature Arthritique et Dartreuse, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions Scrofuleuses, Parasitaires et Syphilitiques. Paris: Adrien Delahaye, Libraire-éditeur; 1860. p. 234-8.
- <sup>188</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 105-7.
- <sup>189</sup> Bateman T. Delineations of Cutaneous Diseases: Exhibiting the characteristic appearances of the principal genera and species comprised in the classification of the late Dr. Willan; and completing the series of engravings begun by that author. London: Printed for Longman, Hurst, Rees, Orme, and Brown, Paternoster-Row; 1817. Plate LVII-LVIII.
- <sup>190</sup> De Olavide JE. Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatosis [Reimpresión de la edición de: Madrid. Imprenta de T. Fortanet; 1879]. Zamora: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora; 2006. p. 30.
- <sup>191</sup> Nobel A, Veillon E. Medical Dictionary. 6<sup>th</sup> edition. Amsterdam: W. Bergmans B.V.; 1997. p. 16.
- <sup>192</sup> Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10). Volumen 3. 10<sup>a</sup> edición. Washington: Pan American Health Org.; 1995. p. 589.
- <sup>193</sup> Olsen EA. Hair. En: Freedberg IM et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th edition. Volume I. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 650.
- <sup>194</sup> Dearborn FM. Enfermedades de la Piel. Incluyendo los exantemas. Para el uso del médico general y estudiantes avanzados. New Delhi: B. Jain Publishers; 1999. p. 438-9.
- <sup>195</sup> Bazin E. Leçons Théoriques et Cliniques sur les Affections Génériques de la Peau. Paris: Adrien Delahaye, Libraire-Éditeur; 1862. p. 278-9.
- <sup>196</sup> Hardy A. Leçons sur les Maladies de la Peau. Deuxième partie. Macules et difformités de la Peau. Maladies cutanées accidentelles. Maladies Parasitaires. Paris: Adrien Delahaye, Libraire-Éditeur; 1859. p. 95-9.



- 
- <sup>197</sup> Gintrac E. Tratado teórico y clínico de Patología Interna y de Terapéutica Médica. Traducido por D. Esteban Sánchez Ocaña. Tomo V. Madrid: Carlos Bailly-Bailliere; 1862. p. 177-81.
- <sup>198</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 252.
- <sup>199</sup> Jessner S. Manual de las enfermedades de la piel y sexuales. 6ª y 7ª edición, traducida del alemán por el Dr. J. Bejarano. Tomo I. Madrid: Espasa-Calpe; 1927. p. 365-6.
- <sup>200</sup> Castelo F, Olavide J. Catálogo del museo anatómo-patológico del Hospital de San Juan de Dios. Madrid: Imprenta Provincial; 1903. p. 22-3.
- <sup>201</sup> De Olavide JE. Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatitis [Reimpresión de la edición de: Madrid. Imprenta de T. Fortanet; 1879]. Zamora: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora; 2006. p. 197.
- <sup>202</sup> Azúa J. Keratodermias simétricas, congénitas y hereditarias. *Revista especial de oftalmología, dermatología, sifiliografía y afecciones urinarias*. 1891; 15 (Julio): 385-95.
- <sup>203</sup> Azúa J. Keratodermias simétricas, eritematosas, plantares y palmares. *Revista especial de oftalmología, dermatología, sifiliografía y afecciones urinarias*. 1890; 14 (Noviembre): 19-27.
- <sup>204</sup> Stevens HP, Kelsell DP, Leigh IM. The Inherited Keratodermas of Palms and Soles. En: Freedberg IM et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th edition. Volume I. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 505-14.
- <sup>205</sup> Braun-Falco M. Hereditary Palmoplantar Keratodermas. *J Dtsch Dermatol Ges*. En prensa.
- <sup>206</sup> De Olavide JE. Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatitis [Reimpresión de la edición de: Madrid. Imprenta de T. Fortanet; 1879]. Zamora: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora; 2006. p. 32-3.
- <sup>207</sup> Sierra X. Olavide and the roots of the Spanish dermatology. *Int J Dermatol*. 1997; 36: 870-4.
- <sup>208</sup> Bazin E. Leçons Théoriques et Cliniques sur les Affections Génériques de la Peau. Paris: Adrien Delahaye, Libraire-Éditeur; 1862. p. 343-71.
- <sup>209</sup> Nayler G. Practical And Theoretical Treatise On The Diseases Of The Skin. London: John Churchill & Sons; 1866. p. 44-55.
- <sup>210</sup> Schedel HE, Cazenave A. Tratado práctico de las enfermedades de la piel. Traducido de la cuarta edición por Don Manuel Antón de Sedano. Madrid: Imprenta de D. M. Delgras; 1851. p. 254-8.
- <sup>211</sup> Hardy A. Leçons sur les Maladies de la Peau. Deuxième partie. Macules et difformités de la Peau. Maladies cutanées accidentelles. Maladies Parasitaires. Paris: Adrien Delahaye, Libraire-Éditeur; 1859. p. 180-4.
- <sup>212</sup> Rosselot J, Burdach R. Dermatitis gangrenosa infantum. *Rev Chil Pediatr*. 1950; 21: 200-5.
- <sup>213</sup> Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 393-6.
- <sup>214</sup> Reich HL, Williams Fadeyi D, Naik NS, Honig PJ, Yan AC. Nonpseudomonal ecthyma gangrenosum. *J Am Acad Dermatol*. 2004; 50: S114-7.
- <sup>215</sup> Jessner S. Manual de las enfermedades de la piel y sexuales. 6ª y 7ª edición, traducida del alemán por el Dr. J. Bejarano. Tomo I. Madrid: Espasa-Calpe; 1927. p. 489.
- <sup>216</sup> Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 79.

- 217 Oyarzábal E. Sporotricosis gomosa en forma de gran absceso; sporotricosis ganglionar de aspecto tuberculoso. *Actas Dermosifiliogr.* 1909; 2: 155-7.
- 218 Sáinz de Aja EA. Esporotricosis gomosa de la pierna (caso clínico). *Actas Dermosifiliogr.* 1923; 15: 143-5.
- 219 Grevelink SV, Mulliken JB. Vascular Anomalies and Tumors of Skin and Subcutaneous Tissues. En: Freedberg IM et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th edition. Volume I. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1002-19.
- 220 Redondo P. Malformaciones vasculares (I). Concepto, clasificación, fisiopatogenia y manifestaciones clínicas. *Actas Dermosifiliogr.* 2007; 98: 141-58.
- 221 Azúa J. Hiperkeratosis universal congénita maligna. (Ictiosis fetal: keratoma maligno congénito, etc.). *Actas Dermosifiliogr.* 1909; 1: 77-90.
- 222 Conde-Salazar L, del Río E, Díaz R, Heras F, Sierra X, Aranda D et al. Piel de cera: Olavide, San Juan de Dios y el Museo. Madrid: Luzán 5; 2006. p. 76-7.
- 223 Díaz-Díaz RM. El primer artículo con fotografías de la revista Actas Dermo-Sifiliográficas: Hiperkeratosis universal congénita maligna. (Ictiosis fetal; keratoma maligno congénito, etc.), por Juan de Azúa. *Actas Dermosifiliogr.* 2009; 100: 287-90.
- 224 Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 409.
- 225 Sánchez MR. Syphilis. En: Freedberg IM et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th edition. Volume II. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 2163-88.
- 226 Lukehart SA. Modern syphilis-still a shadow on the land. *West J Med.* 1995; 163: 587-8.
- 227 Jessner S. Manual de las enfermedades de la piel y sexuales. 6ª y 7ª edición, traducida del alemán por el Dr. J. Bejarano. Tomo II. Madrid: Espasa-Calpe; 1927. p. 2.
- 228 Castelo F, Olavide J. Catálogo del museo anatómo-patológico del Hospital de San Juan de Dios. Madrid: Imprenta Provincial; 1903. p. 12.
- 229 Grisolle A. Tratado elemental y práctico de Patología Interna. Tomo III. Madrid: Imprenta de Gaspar y Roig; 1857. p. 103-4.
- 230 Joseph M. Tratado de las enfermedades sifilíticas y venéreas. 6ª edición alemana, traducida al español por D. Francisco Tous Biaggi. Barcelona: Manuel Marín; 1912. p. 98-101.
- 231 Grisolle A. Tratado elemental y práctico de Patología Interna. Tomo III. Madrid: Imprenta de Gaspar y Roig; 1857. p. 106.
- 232 Joseph M. Tratado de las enfermedades sifilíticas y venéreas. 6ª edición alemana, traducida al español por D. Francisco Tous Biaggi. Barcelona: Manuel Marín; 1912. p. 131-2.
- 233 Joseph M. Tratado de las enfermedades sifilíticas y venéreas. 6ª edición alemana, traducida al español por D. Francisco Tous Biaggi. Barcelona: Manuel Marín; 1912. p. 149-53.
- 234 Castelo F, Olavide J. Catálogo del museo anatómo-patológico del Hospital de San Juan de Dios. Madrid: Imprenta Provincial; 1903. p. 16-7.
- 235 Joseph M. Tratado de las enfermedades sifilíticas y venéreas. 6ª edición alemana, traducida al español por D. Francisco Tous Biaggi. Barcelona: Manuel Marín; 1912. p. 121-2.

- <sup>236</sup> Bodhey NK, Gupta AK, Neelakandhan KS, Unnikrishnan M. Early sternal erosion and luetic aneurysms of thoracic aorta: report of 6 cases and analysis of cause-effect relationship. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2005; 28: 499-501.
- <sup>237</sup> Chockalingam A, Gnanavelu G, Alagesan R. Massive aortic aneurysm presenting as chest wall swelling. *Heart*. 2004; 90: 292.
- <sup>238</sup> Joseph M. Tratado de las enfermedades sifilíticas y venéreas. 6ª edición alemana, traducida al español por D. Francisco Tous Biaggi. Barcelona: Manuel Marín; 1912. p. 507-9.
- <sup>239</sup> Nelson MM, Martin AG, Heffernan MP. Superficial Fungal Infections: Dermatophytosis, Onychomycosis, Tinea Nigra, Piedra. En: Freedberg IM et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th edition. Volume II. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1995-6.
- <sup>240</sup> De Olavide JE. Lecciones de Dermatología general o estudio sintético de las afecciones cutáneas. Madrid: Imprenta médica de Manuel Álvarez; 1866. p. 164.
- <sup>241</sup> Ginter-Hanselmayer G, Weger W, Ilkit M, Smolle J. Epidemiology of tinea capitis in Europe: current state and changing patterns. *Mycoses*. 2007; 50 Suppl 2: 6-13.
- <sup>242</sup> Monteagudo B, Pereiro M, Peteiro C, Toribio J. Tinea capitis en el área sanitaria de Santiago de Compostela. *Actas Dermosifiliogr*. 2003; 94: 598-602.
- <sup>243</sup> Roos TC, Bordeaux A, Gentzen-Luebbs U, Tietz HJ. Case reports: tinea corporis in a 13-year-old German girl due to *Trichophyton schoenleinii*. *Mycoses*. 2004; 47: 514-7.
- <sup>244</sup> Rebollo N, López-Bárcenas AP, Arenas R. Tiña de la cabeza. *Actas Dermosifiliogr*. 2008; 99: 91-100.
- <sup>245</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 197-208.
- <sup>246</sup> Gómez Orbaneja J, Iglesias Díaz L, Sánchez Yus E. Favus generalizado. Forma granulomatosa. *Actas Dermosifiliogr*. 1967; 58: 339-46.
- <sup>247</sup> Murray JF. A century of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004; 169: 1181-6.
- <sup>248</sup> Bravo FG, Gotuzzo E. Cutaneous tuberculosis. *Clin Dermatol*. 2007; 25: 173-80.
- <sup>249</sup> Joseph M. Tratado de las enfermedades sifilíticas y venéreas. 6ª edición alemana, traducida al español por D. Francisco Tous Biaggi. Barcelona: Manuel Marín; 1912. p. 138.
- <sup>250</sup> Conde-Salazar L, del Río E, Díaz R, Heras F, Sierra X, Aranda D et al. Piel de cera: Olavide, San Juan de Dios y el Museo. Madrid: Luzán 5; 2006. p. 92-3.
- <sup>251</sup> MacGregor RR. Cutaneous tuberculosis. *Clin Dermatol*. 1995; 13: 245-55.
- <sup>252</sup> Nieto M, Usera G, Méndez F, Escolar S, Alonso F, Codorníu A et al. Tratado Completo de Patología y Terapéutica General y Especial. Tomo IV. Madrid: Imprenta de la viuda de Jordán e hijos; 1844. p. 386-400.
- <sup>253</sup> Mellado FP. Complemento a la Enciclopedia Moderna. Tomo primero. Madrid: Establecimiento tipográfico de Mellado; 1864. p. 374-8.
- <sup>254</sup> Valderrama A. ¿Qué es un tumor blanco? En: Anales de la Universidad de Chile. Tomo XVII. Santiago: Imprenta del Ferrocarril; 1860. p. 41-5.
- <sup>255</sup> Thomson A, Miles A. Manual of Surgery. Volume 1<sup>st</sup>. General Surgery. 6<sup>th</sup> edition revised. Edinburgh: Republished 2008 by Forgotten Books; 1921. p. 398-9.

- 
- <sup>256</sup> Azúa J. Tuberculosis papilomatosa y esclerosa, en placa de la cara dorsal de la lengua. *Actas Dermosifiliogr.* 1914; 7: 16-9.
- <sup>257</sup> Tappeiner G, Wolff K. Tuberculosis and Other Mycobacterial Infections. En: Freedberg IM et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th edition. Volume II. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1942-5.
- <sup>258</sup> Jessner S. Manual de las enfermedades de la piel y sexuales. 6ª y 7ª edición, traducida del alemán por el Dr. J. Bejarano. Tomo I. Madrid: Espasa-Calpe; 1927. p. 393-404.
- <sup>259</sup> Rea TH, Modlin RL. Leprosy. En: Freedberg IM et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th edition. Volume II. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1962-71.
- <sup>260</sup> Gómez Orbaneja J, García Pérez A. Lepra. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1953. p. 337-78.
- <sup>261</sup> Terencio de las Aguas J. La lepra: pasado, presente y futuro. Valencia: Generalitat Valenciana; 1999. p. 72.
- <sup>262</sup> Terencio de las Aguas J. Centenario del sanatorio de Fontilles. *Actas Dermosifiliogr.* 2009; 100: 362-73.
- <sup>263</sup> Terencio de las Aguas J. La lepra: pasado, presente y futuro. Valencia: Generalitat Valenciana; 1999. p. 25-6.
- <sup>264</sup> Gómez Orbaneja J, García Pérez A. Lepra. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1953. p. 107-9.
- <sup>265</sup> Terencio de las Aguas J. La lepra: pasado, presente y futuro. Valencia: Generalitat Valenciana; 1999. p. 119-20.
- <sup>266</sup> Hernando y Espinosa B. De la lepra en Granada. Granada: Imprenta de La Lealtad; 1881. p. 256-65.
- <sup>267</sup> Terencio de las Aguas J. La lepra: pasado, presente y futuro. Valencia: Generalitat Valenciana; 1999. p. 153-4.
- <sup>268</sup> Hernando y Espinosa B. De la lepra en Granada. Granada: Imprenta de La Lealtad; 1881. p. 273-81.
- <sup>269</sup> Terencio de las Aguas J. Lecciones de leprología. Valencia: Imp. F. Domenech, S. A.; 1973. p. 149.
- <sup>270</sup> Fulginiti VA. Smallpox and complications of smallpox vaccination. En: Freedberg IM et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th edition. Volume II. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 2103-4.
- <sup>271</sup> Luciano de Murrieta J. Tratado de las enfermedades de la piel. Madrid: Imprenta de la compañía de Impresores y Libreros del Reino; 1848. p. 129-30.
- <sup>272</sup> Karthikeyan K, Thappa DM. Pellagra and skin. *Int J Dermatol.* 2002; 41: 476-81.
- <sup>273</sup> Nieves DS, Goldsmith LA. Cutaneous Changes in Nutritional Disease. En: Freedberg IM et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th edition. Volume II. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1405-6.
- <sup>274</sup> Hegyi J, Schwartz RA, Hegyi V. Pellagra: dermatitis, dementia, and diarrhea. *Int J Dermatol.* 2004; 43: 1-5.
- <sup>275</sup> Luciano de Murrieta J. Tratado de las enfermedades de la piel. Madrid: Imprenta de la compañía de Impresores y Libreros del Reino; 1848. p. 244-6.

- 
- <sup>276</sup> De Olavide JE. Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatosis [Reimpresión de la edición de: Madrid. Imprenta de T. Fortanet; 1879]. Zamora: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora; 2006. p. 269-75.
- <sup>277</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo II. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 3-11.
- <sup>278</sup> Del Río E, Vázquez Veiga HA, Suárez Peñaranda JM. Pelagra. La próxima generación. *Actas Dermosifiliogr*. 1998; 89: 112-6.
- <sup>279</sup> Gerber de Robles J. Nuevo formulario general completo, o colección de las recetas más usadas en la práctica médica. Tomo I. Valencia: Imprenta de J. Ferrer de Orga; 1839. p. 178-9.
- <sup>280</sup> Vidal A (De Cassis). A Treatise On Venereal Diseases. New York: Samuel S. & William Wood; 1854. p. 82.
- <sup>281</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sífilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 210-2.
- <sup>282</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo I. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 169-71.
- <sup>283</sup> Luciano de Murrieta J. Tratado de las enfermedades de la piel. Madrid: Imprenta de la compañía de Impresores y Libreros del Reino; 1848. p. 3-6.
- <sup>284</sup> De Olavide JE. Lecciones de Dermatología general o estudio sintético de las afecciones cutáneas. Madrid: Imprenta médica de Manuel Álvarez; 1866. p. 144.
- <sup>285</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo IV. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 183.
- <sup>286</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo I. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 280-91.
- <sup>287</sup> Jessner S. Manual de las enfermedades de la piel y sexuales. 6ª y 7ª edición, traducida del alemán por el Dr. J. Bejarano. Tomo II. Madrid: Espasa-Calpe; 1927. p. 172.
- <sup>288</sup> Navarro-Beltrán E. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13ª edición. Elsevier España; 1992. p. 9.
- <sup>289</sup> Jessner S. Manual de las enfermedades de la piel y sexuales. 6ª y 7ª edición, traducida del alemán por el Dr. J. Bejarano. Tomo II. Madrid: Espasa-Calpe; 1927. p. 179-90.
- <sup>290</sup> Bosch F, Rosich L. The contributions of Paul Ehrlich to pharmacology: a tribute on the occasion of the centenary of his Nobel Prize. *Pharmacology*. 2008; 82: 171-9.
- <sup>291</sup> Del Río E. Los orígenes de la escuela madrileña de Dermatología [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1996. p. 269-86.
- <sup>292</sup> Sierra X. La sífilis: del descubrimiento del treponema al tratamiento con Salvarsán. En: Sierra X. Cien años de Dermatología. 1900-2000. Madrid: Aula Médica; 2001. p. 23-6.
- <sup>293</sup> Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 335.
- <sup>294</sup> Covisa JS, Bejarano J. Poiquilodermia vascular atrofiante consecutiva a eritrodermia salvarsánica. *Actas Dermosifiliogr*. 1933; 25: 233-46.
- <sup>295</sup> Sierra X. Parapsoriasis y poiquilodermia vascular atrofiante [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1979. p. 274-7.

- 
- <sup>296</sup> Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 328-34.
- <sup>297</sup> Azúa J. Erupción pápulo-pustulosa vegetante provocada por el jaraba de Gibert. *Actas Dermosifiliogr.* 1911; 3: 350-1.
- <sup>298</sup> Covisa JS, Cubero F. Bromoderma vegetante. *Actas Dermosifiliogr.* 1920; 12: 96-7.
- <sup>299</sup> Covisa JS. Brómides vegetantes. *Actas Dermosifiliogr.* 1929; 21: 532-42.
- <sup>300</sup> Sáinz de Aja EA. Melanodermia por cromacrina y rayos solares. *Actas Dermosifiliogr.* 1929; 21: 503.
- <sup>301</sup> Sáinz de Aja EA. Melanodermia de partes descubiertas en cura con amarillo de acridina. *Actas Dermosifiliogr.* 1929; 21: 645-7.
- <sup>302</sup> Korolkovas A, Burckhalter JH. Compendio esencial de química farmacéutica. Barcelona: Reverté; 1983. p. 564.
- <sup>303</sup> Viola G, Salvador A, Cecconet L, Basso G, Vedaldi D, Dall'Acqua F et al. Photophysical properties and photobiological behavior of amodiaquine, primaquine and chloroquine. *Photochem Photobiol.* 2007; 83: 1415-27.
- <sup>304</sup> Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 101-2.
- <sup>305</sup> Álvarez-Sierra J. Hospital de Antón Martín. En: Los Hospitales de Madrid de Ayer y de Hoy. Publicaciones de la Beneficencia municipal. Tomo III. Madrid: Artes Gráficas Municipales; 1952. p. 53.
- <sup>306</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo III. Madrid: Imprenta de Don Ramón Verges; 1829. p. 509-10.
- <sup>307</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo III. Madrid: Imprenta de Don Ramón Verges; 1829. p. 484-5.
- <sup>308</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la tercera y última edición por D. Matías Nieto Serrano. Tomo III. Madrid: Imprenta de José Redondo Calleja; 1848. p. 153.
- <sup>309</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la tercera y última edición por D. Matías Nieto Serrano. Tomo III. Madrid: Imprenta de José Redondo Calleja; 1848. p. 156-7.
- <sup>310</sup> Lavedán A. Tratado de los usos, abusos, propiedades y virtudes del tabaco, café, té y chocolate; extractado de los mejores autores que han tratado de esta materia, a fin de que su uso no perjudique a la salud, antes bien pueda servir de alivio y curación de muchos males. Madrid: Imprenta Real; 1796. p. 187-9.
- <sup>311</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo III. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 352-3.
- <sup>312</sup> Álvarez F. Formulario Universal. Tomo II. Madrid: Librería de la Señora viuda de Calleja e hijos; 1841. p. 168.
- <sup>313</sup> Méndez Álvaro F. Tratado completo de las enfermedades venéreas o resumen general de cuantas obras, memorias y demás escritos se han publicado sobre esta dolencia. Por el Doctor Fabre. Tomo II. (Formulario especial para el tratamiento de las enfermedades venéreas). Madrid: Redacción, calle de Los Caños, núm. 4; 1850. p. 31-2.

- 
- <sup>314</sup> Álvarez F, Rodrigo J, Amado B. Guía del médico práctico, o resumen general de patología interna y de terapéutica aplicadas, por F.L.J. Valleix. Segunda edición. Tomo III. Madrid: Imprenta de la Compañía de Impresores y Libreros del Reino; 1851. p. 475.
- <sup>315</sup> Jiménez M. Nomenclatura farmacéutica y sinonimia general de Farmacia y Materia Médica. Primera parte. Madrid: Imprenta de Don Eusebio Álvarez; 1826. p. 15.
- <sup>316</sup> Jiménez M. Código de medicamentos o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada con notas, las propiedades, usos y dosis de los medicamentos que contiene, y un suplemento con 152 fórmulas. Madrid: Imprenta de D. N. Sánchez; 1840. p. 175.
- <sup>317</sup> Academia farmacéutica de México. Farmacopea Mexicana formada y publicada por la Academia Farmacéutica de la Capital de la República. México: Imprenta a cargo de Manuel N. de la Vega; 1846. p. 211.
- <sup>318</sup> Monlau PF. Arte de cuidar a los enfermos: De las cataplasmas. El Monitor de la Salud de las familias y de la salubridad de los pueblos. 1863; 6 (17) (1º de septiembre): 201-2.
- <sup>319</sup> Jiménez M. Código de medicamentos o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada con notas, las propiedades, usos y dosis de los medicamentos que contiene, y un suplemento con 152 fórmulas. Madrid: Imprenta de D. N. Sánchez; 1840. p. 344-6.
- <sup>320</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo II. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 487.
- <sup>321</sup> Luciano de Murrieta J. Tratado de las enfermedades de la piel. Madrid: Imprenta de la compañía de Impresores y Libreros del Reino; 1848. p. 312-3.
- <sup>322</sup> Durán F. Bitácora médica del Doctor Falcón: La medicina y la farmacia en el siglo XIX. Madrid: Plaza y Valdés; 2000. p. 524.
- <sup>323</sup> Deval Ch. Traité théorique et pratique des maladies des yeux. Paris: Ch. Albessard et Bérard, Libraires-éditeurs; 1862. p. 171-3.
- <sup>324</sup> Alibert JL. Nuevos Elementos de Terapéutica y de Materia médica. Tomo IV. Madrid: Imprenta de Repullés; 1826. p. 93-4.
- <sup>325</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo III. Madrid: Imprenta de Don Ramón Verges; 1829. p. 414-5.
- <sup>326</sup> Jiménez M. Código de medicamentos o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada con notas, las propiedades, usos y dosis de los medicamentos que contiene, y un suplemento con 152 fórmulas. Madrid: Imprenta de D. N. Sánchez; 1840. p. 367.
- <sup>327</sup> Aguinaga G. El Practicante: Compendio de anatomía normal, vendajes, apósitos y curas. Madrid: Imprenta de M. Burgase; 1886. p. 241-2.
- <sup>328</sup> Beclard A, Chomel, Cloquet H, Cloquet J, Orfila M. Nouveau dictionnaire de Médecine, Chirurgie, etc. Tome Premier. Paris: Deville Cavellin et Crochard; 1834. p. 669.
- <sup>329</sup> Morelot S. Cours élémentaire théorique et pratique de Pharmacie-Chimique, ou manuel du pharmacien-chimiste. Tome Second. Paris: Poignée; 1803. p. 453-6.
- <sup>330</sup> Henry NE, Guibourt G. Farmacopea razonada, o tratado de farmacia práctico y teórico. Tomo I. Madrid: Imprenta de los Hijos de Doña Catalina Piñuela; 1830. p. xiii.
- <sup>331</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo II. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 488.

<sup>332</sup> Durán F. Bitácora médica del Doctor Falcón: La medicina y la farmacia en el siglo XIX. Madrid: Plaza y Valdés; 2000. p. 591.

<sup>333</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 559.

<sup>334</sup> Brunet y Tallada A. Curso de Farmacia químico-orgánica. Santiago: Estab. tip. de José M. Paredes; 1867. p. 677-80.

<sup>335</sup> Academia Médico-Quirúrgica Española. Del ácido fénico, y del mejor modo de emplearlo. *El Pabellón médico*. Tomo V. Madrid: Imprenta española; 1865. p. 409-11.

<sup>336</sup> Olavide JE. Del modo de administración y aplicación del ácido fénico en varias enfermedades en que se ha recomendado. Madrid: Imprenta de la Biblioteca de Instrucción y Recreo; 1873/1874. p. 1-30.

<sup>337</sup> Chevallier MA. Diccionario de las alteraciones y falsificaciones de las sustancias alimenticias, medicamentosas y comerciales, con la indicación de los medios de reconocerlas. Tomo I. Madrid: Imprenta de Manuel Álvarez; 1854. p. 65-6.

<sup>338</sup> Álvarez F. Formulario Universal. Tomo II. Madrid: Librería de la Señora viuda de Calleja e hijos; 1841. p. 340.

<sup>339</sup> Chevallier A, Idt P. Manual del farmacéutico, o compendio elemental de Farmacia. Segunda Parte. Madrid: Imprenta de los hijos de D<sup>a</sup> Catalina Piñuela; 1827. p. 443-5.

<sup>340</sup> Juanich F. Tratado elemental [sic] de materia médica externa. Barcelona: Imprenta de Joaquín Verdager; 1836. p. 235.

<sup>341</sup> Plenck JJ. Farmacología quirúrgica o Ciencias de medicamentos externos e internos precisos para curar las enfermedades de Cirugía. Segunda edición. Madrid: Imprenta de Villalpando; 1805. p. 13.

<sup>342</sup> Bell B. Tratado teórico-práctico de las úlceras. Con las disertaciones sobre el modo de tratar la inflamación y sus terminaciones; y sobre los tumores blancos de las articulaciones. Madrid: Imprenta de la calle de Capellanes; 1802. p. 83-8.

<sup>343</sup> Álvarez F. Formulario Universal. Tomo II. Madrid: Librería de la Señora viuda de Calleja e hijos; 1841. p. 428-9.

<sup>344</sup> Muñoz F. Plantas medicinales y aromáticas: Estudio, cultivo y procesado. 4<sup>a</sup> reimpresión. Madrid: Mundi-Prensa Libros; 1998. p. 307-9.

<sup>345</sup> Martín de Argenta V. Album de la flora médico-farmacéutica e industrial, indígena y exótica. Tomo III. Madrid: Imprenta de los Sres. Martínez y Bogo; 1864. p. 84.

<sup>346</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2<sup>a</sup> edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 265-6.

<sup>347</sup> Milne-Edwards H, Vavasseur P. Manual de materia médica o sucinta descripción de los medicamentos. Traducido del francés de la 2<sup>a</sup> edición. Tomo I. Barcelona: Imprenta de Manuel Sauri y compañía; 1831. p. 300-2.

<sup>348</sup> Plenck JJ. Farmacología quirúrgica o Ciencias de medicamentos externos e internos precisos para curar las enfermedades de Cirugía. Segunda edición. Madrid: Imprenta de Villalpando; 1805. p. 58-9.

<sup>349</sup> Jiménez M. Código de medicamentos o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada con notas, las propiedades, usos y dosis de los medicamentos que contiene, y un suplemento con 152 fórmulas. Madrid: Imprenta de D. N. Sánchez; 1840. p. 326-9.



- 
- <sup>350</sup> Juanich F. Tratado elemental [sic] de materia médica externa. Barcelona: Imprenta de Joaquín Verdager; 1836. p. 423-39.
- <sup>351</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo III. Madrid: Imprenta de Don Ramón Verges; 1829. p. 120-3.
- <sup>352</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 304-5.
- <sup>353</sup> Álvarez-Sierra J. Hospital de Antón Martín. En: Los Hospitales de Madrid de Ayer y de Hoy. Publicaciones de la Beneficencia municipal. Tomo III. Madrid: Artes Gráficas Municipales; 1952. p. 54-7.
- <sup>354</sup> Luciano de Murrieta J. Tratado de las enfermedades de la piel. Madrid: Imprenta de la compañía de Impresores y Libreros del Reino; 1848. p. 320.
- <sup>355</sup> Durán F. Bitácora médica del Doctor Falcón: La medicina y la farmacia en el siglo XIX. Madrid: Plaza y Valdés; 2000. p. 205.
- <sup>356</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 44.
- <sup>357</sup> Hernández de Gregorio M. Diccionario elemental de farmacia, botánica y materia médica, o aplicaciones de los fundamentos de la química moderna a la farmacia en todos sus ramos. Segunda edición. Tomo II. Madrid: Imprenta Real; 1803. p. 333.
- <sup>358</sup> Jessner S. Manual de las enfermedades de la piel y sexuales. 6ª y 7ª edición, traducida del alemán por el Dr. J. Bejarano. Tomo II. Madrid: Espasa-Calpe; 1927. p. 168-72.
- <sup>359</sup> Dorvault. L'Officine ou Répertoire Général de Pharmacie Pratique. Septième édition. Paris: Asselin, Libraire; 1867. p. 506.
- <sup>360</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 570.
- <sup>361</sup> Ricord PH. Traité Pratique des Maladies Vénériennes ou Recherches Critiques et Expérimentales sur l'Inoculation appliquée a l'Étude de ces Maladies, suivies d'un résumé thérapeutique et d'un formulaire spécial. Paris: Librairie des Sciences Médicales de Just Rouvier et E. Le Bouvier; 1838. p. 785-6.
- <sup>362</sup> Álvarez F. Formulario Universal. Tomo II. Madrid: Librería de la Señora viuda de Calleja e hijos; 1841. p. 134.
- <sup>363</sup> Plenck JJ. Farmacología quirúrgica o Ciencias de medicamentos externos e internos precisos para curar las enfermedades de Cirugía. Segunda edición. Madrid: Imprenta de Villalpando; 1805. p. 372.
- <sup>364</sup> Hernández de Gregorio M. Diccionario elemental de farmacia, botánica y materia médica, o aplicaciones de los fundamentos de la química moderna a la farmacia en todos sus ramos. Segunda edición. Tomo II. Madrid: Imprenta Real; 1803. p. 157.
- <sup>365</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo I. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 279.
- <sup>366</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo III. Madrid: Imprenta de Don Ramón Verges; 1829. p. 207-8.
- <sup>367</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 514.

- 
- <sup>368</sup> Luciano de Murrieta J. Tratado de las enfermedades de la piel. Madrid: Imprenta de la compañía de Impresores y Libreros del Reino; 1848. p. 234.
- <sup>369</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo II. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 248.
- <sup>370</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 161-2.
- <sup>371</sup> Jiménez M. Código de medicamentos o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada con notas, las propiedades, usos y dosis de los medicamentos que contiene, y un suplemento con 152 fórmulas. Madrid: Imprenta de D. N. Sánchez; 1840. p. 372.
- <sup>372</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 167.
- <sup>373</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo II. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 71-2.
- <sup>374</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo II. Madrid: Imprenta que fue de Fuentenebro; 1829. p. 135.
- <sup>375</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 443-4.
- <sup>376</sup> Jiménez M. Código de medicamentos o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada con notas, las propiedades, usos y dosis de los medicamentos que contiene, y un suplemento con 152 fórmulas. Madrid: Imprenta de D. N. Sánchez; 1840. p. 407.
- <sup>377</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 320.
- <sup>378</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 545-6.
- <sup>379</sup> Jiménez M. Codex o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada. Segunda edición. Madrid: Imprenta de D. N. Sanchiz; 1847. p. 449.
- <sup>380</sup> Castroverde J. Cartas médico-quirúrgicas sobre los progresos del arte de curar en estos últimos tiempos, escritas desde París a un Médico de Madrid. Madrid: Librería de A. Miyar; 1831. p. 53-66.
- <sup>381</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo II. Madrid: Imprenta que fue de Fuentenebro; 1829. p. 515.
- <sup>382</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 339-40.
- <sup>383</sup> Durán F. Bitácora médica del Doctor Falcón: La medicina y la farmacia en el siglo XIX. Madrid: Plaza y Valdés; 2000. p. 218.
- <sup>384</sup> Álvarez F. Formulario Universal. Tomo III. Madrid: Librería de la Señora viuda de Calleja e hijos; 1841. p. 115.
- <sup>385</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 520.

- 
- <sup>386</sup> Jiménez M. Nomenclatura farmacéutica y sinonimia general de Farmacia y Materia Médica. Primera parte. Madrid: Imprenta de Don Eusebio Álvarez; 1826. p. 108.
- <sup>387</sup> Luciano de Murrieta J. Tratado de las enfermedades de la piel. Madrid: Imprenta de la compañía de Impresores y Libreros del Reino; 1848. p. 323-4.
- <sup>388</sup> Juanich F. Tratado elemental [sic] de materia médica externa. Barcelona: Imprenta de Joaquín Verdager; 1836. p. 390-2.
- <sup>389</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 239.
- <sup>390</sup> Álvarez F. Formulario Universal. Tomo II. Madrid: Librería de la Señora viuda de Calleja e hijos; 1841. p. 323.
- <sup>391</sup> Jiménez M. Codex o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada. Segunda edición. Madrid: Imprenta de D. N. Sanchiz; 1847. p. 15-7.
- <sup>392</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo IV. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 149-50.
- <sup>393</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 243.
- <sup>394</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sífilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 179-81.
- <sup>395</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo IV. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 145-8.
- <sup>396</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 285.
- <sup>397</sup> Mascaró y Porcar JM. Diccionario médico. 3ª edición. Barcelona: Masson; 1990. p. 141.
- <sup>398</sup> Fernández-Vozmediano JM. Utilidad de los reductores en la Dermatología actual. [Consulta: 15/01/2009]. Disponible en: <http://www.actualidaddermatol.com/art38&992.pdf>
- <sup>399</sup> Regnault V. Curso elemental de Química para el uso de las Universidades, Colegios y Escuelas especiales, escrito en francés y traducido de la última edición francesa. Tomo IV. París: Imprenta de C. Lahure; 1853. p. 299-302.
- <sup>400</sup> Milne-Edwards H, Vavasour P. Manual de materia médica o sucinta descripción de los medicamentos. Traducido del francés de la 2ª edición. Tomo I. Barcelona: Imprenta de Manuel Saurí y compañía; 1831. p. 116.
- <sup>401</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 69.
- <sup>402</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo I. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 255-60.
- <sup>403</sup> Plenck JJ. Farmacología quirúrgica o Ciencias de medicamentos externos e internos precisos para curar las enfermedades de Cirugía. Segunda edición. Madrid: Imprenta de Villalpando; 1805. p. 375-6.

---

<sup>404</sup> Durán F. Bitácora médica del Doctor Falcón: La medicina y la farmacia en el siglo XIX. Madrid: Plaza y Valdés; 2000. p. 576.

<sup>405</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 217-8.

<sup>406</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo II. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 16-7.

<sup>407</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 507.

<sup>408</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo I. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 203-8.

<sup>409</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 557.

<sup>410</sup> Jiménez M. Codex o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada. Segunda edición. Madrid: Imprenta de D. N. Sanchiz; 1847. p. 101.

<sup>411</sup> Aguinaga G. El Practicante: Compendio de anatomía normal, vendajes, apósitos y curas. Madrid: Imprenta de M. Burgase; 1886. p. 247-8.

<sup>412</sup> Jiménez M. Nomenclatura farmacéutica y sinonimia general de Farmacia y Materia Médica. Primera parte. Madrid: Imprenta de Don Eusebio Álvarez; 1826. p. 69.

<sup>413</sup> Durán F. Bitácora médica del Doctor Falcón: La medicina y la farmacia en el siglo XIX. Madrid: Plaza y Valdés; 2000. p. 618.

<sup>414</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 303-4.

<sup>415</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo IV. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 104.

<sup>416</sup> Durán F. Bitácora médica del Doctor Falcón: La medicina y la farmacia en el siglo XIX. Madrid: Plaza y Valdés; 2000. p. 371.

<sup>417</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo III. Madrid: Imprenta de Don Ramón Verges; 1829. p. 493.

<sup>418</sup> Álvarez F. Formulario Universal. Tomo II. Madrid: Librería de la Señora viuda de Calleja e hijos; 1841. p. 128.

<sup>419</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo I. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 139-41.

<sup>420</sup> Juanich F. Tratado elemental [sic] de materia médica externa. Barcelona: Imprenta de Joaquín Verdager; 1836. p. 69-70.

<sup>421</sup> Jiménez M. Codex o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada. Segunda edición. Madrid: Imprenta de D. N. Sanchiz; 1847. p. 356.

<sup>422</sup> Foix y Gual JB. Arte de recetar y Formulario práctico conforme a las lecciones públicas dadas en la Facultad de Medicina de esta Universidad Literaria de Barcelona. 3ª edición. Barcelona: Imprenta del Porvenir; 1855. p. 44.

- 
- <sup>423</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo I. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 237-45.
- <sup>424</sup> Jiménez M. Código de medicamentos o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada con notas, las propiedades, usos y dosis de los medicamentos que contiene, y un suplemento con 152 fórmulas. Madrid: Imprenta de D. N. Sánchez; 1840. p. 349.
- <sup>425</sup> Mascaró y Porcar JM. Diccionario médico. 3ª edición. Barcelona: Masson; 1990. p. 660.
- <sup>426</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo III. Madrid: Imprenta de Don Ramón Verges; 1829. p. 464.
- <sup>427</sup> De Olavide JE. Lecciones de Dermatología general o estudio sintético de las afecciones cutáneas. Madrid: Imprenta médica de Manuel Álvarez; 1866. p. 219.
- <sup>428</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 108.
- <sup>429</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo II. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 83-94.
- <sup>430</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 236-40.
- <sup>431</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo II. Madrid: Imprenta que fue de Fuentenebro; 1829. p. 1-17.
- <sup>432</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo II. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 447-8.
- <sup>433</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 156-7.
- <sup>434</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo II. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 244-50.
- <sup>435</sup> Jiménez M. Código de medicamentos o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada con notas, las propiedades, usos y dosis de los medicamentos que contiene, y un suplemento con 152 fórmulas. Madrid: Imprenta de D. N. Sánchez; 1840. p. 59-60.
- <sup>436</sup> Chevallier MA. Diccionario de las alteraciones y falsificaciones de las sustancias alimenticias, medicamentosas y comerciales, con la indicación de los medios de reconocerlas. Tomo II. Madrid: Imprenta de Manuel Álvarez; 1855. p. 216-7.
- <sup>437</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo IV. Madrid: Imprenta que fue de Fuentenebro; 1829. p. 317-8.
- <sup>438</sup> Urquiola V, Zenón de Belaunzaran C. Estudio de las enfermedades venéreas. Tomo I. Madrid: Imprenta a cargo de C. González; 1853. p. 141.
- <sup>439</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 274-5.
- <sup>440</sup> Rohé GH. Treatment of the syphilides. *Maryland Medical Journal*. 1888; 19: 201-7.
- <sup>441</sup> Urquiola V, Zenón de Belaunzaran C. Estudio de las enfermedades venéreas. Tomo I. Madrid: Imprenta a cargo de C. González; 1853. p. 153-4.

<sup>442</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 520-2.

<sup>443</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 262.

<sup>444</sup> Jiménez M. Codex o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada. Segunda edición. Madrid: Imprenta de D. N. Sanchiz; 1847. p. 64.

<sup>445</sup> Durán F. Bitácora médica del Doctor Falcón: La medicina y la farmacia en el siglo XIX. Madrid: Plaza y Valdés; 2000. p. 136.

<sup>446</sup> Luciano de Murrieta J. Tratado de las enfermedades de la piel. Madrid: Imprenta de la compañía de Impresores y Libreros del Reino; 1848. p. 305-6.

<sup>447</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo III. Madrid: Imprenta de Don Ramón Verges; 1829. p. 190-1.

<sup>448</sup> Bartholow R. A Practical Treatise on Materia Medica and Therapeutics. Whitefish: Kessinger Publishing; Reimpresión 2005. p. 274-5.

<sup>449</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo II. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 132-3.

<sup>450</sup> Álvarez F. Formulario Universal. Tomo II. Madrid: Librería de la Señora viuda de Calleja e hijos; 1841. p. 185.

<sup>451</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo III. Madrid: Imprenta de Don Ramón Verges; 1829. p. 115.

<sup>452</sup> Méndez Álvaro F. Tratado completo de las enfermedades venéreas o resumen general de cuantas obras, memorias y demás escritos se han publicado sobre esta dolencia. Por el Doctor Fabre. Tomo II. Madrid: Redacción, calle de Los Caños, núm. 4; 1850. p. 408-16.

<sup>453</sup> Bossu A. Nuevo compendio médico para uso de los médicos prácticos. Publicado en castellano por los editores de la Biblioteca escojida [sic] de Medicina y Cirujía [sic]. Tomo 1. Madrid: Imprenta de la viuda de Jordán e hijos; 1843. p. 347.

<sup>454</sup> Davis LS. Newer Uses of Older Drugs-An Update. En: Wolverton SE. Comprehensive Dermatologic Drug Therapy. Philadelphia: Elsevier; 2001. p. 432-4.

<sup>455</sup> Sterling JB, Heymann WR. Potassium iodide in dermatology: a 19th century drug for the 21st century-uses, pharmacology, adverse effects, and contraindications. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 43: 691-7.

<sup>456</sup> Jiménez M. Codex o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada. Segunda edición. Madrid: Imprenta de D. N. Sanchiz; 1847. p. 61.

<sup>457</sup> Olavide JE. Fórmula del tratamiento de la epilepsia por el bromuro de potasio. En: Olavide JE. Del modo de administración y aplicación del ácido fénico en varias enfermedades en que se ha recomendado. Madrid: Imprenta de la Biblioteca de Instrucción y Recreo; 1873/1874. p. 30-2.

<sup>458</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 516-8.

<sup>459</sup> Jiménez M. Codex o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada. Segunda edición. Madrid: Imprenta de D. N. Sanchiz; 1847. p. 65-6.

- 
- <sup>460</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 574.
- <sup>461</sup> Méndez Álvaro F. Tratado completo de las enfermedades venéreas o resumen general de cuantas obras, memorias y demás escritos se han publicado sobre esta dolencia. Por el Doctor Fabre. Tomo II. (Formulario especial para el tratamiento de las enfermedades venéreas). Madrid: Redacción, calle de Los Caños, núm. 4; 1850. p. 39.
- <sup>462</sup> Álvarez F. Formulario Universal. Tomo III. Madrid: Librería de la Señora viuda de Calleja e hijos; 1841. p. 208.
- <sup>463</sup> Schedel HE, Cazenave A. Tratado práctico de las enfermedades de la piel. Traducido de la cuarta edición por Don Manuel Antón de Sedano. Madrid: Imprenta de D. M. Delgras; 1851. p. 405.
- <sup>464</sup> Olavide JE. Fórmula del tratamiento de la elefantiasis de los árabes por la tintura de yodo *intus et extra*, ayudada por la compresión gradual cuando es posible. En: Olavide JE. Del modo de administración y aplicación del ácido fénico en varias enfermedades en que se ha recomendado. Madrid: Imprenta de la Biblioteca de Instrucción y Recreo; 1873/1874. p. 32.
- <sup>465</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo II. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 498.
- <sup>466</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 141-51.
- <sup>467</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 226-7.
- <sup>468</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo II. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 491.
- <sup>469</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo III. Madrid: Imprenta de Don Ramón Verges; 1829. p. 166.
- <sup>470</sup> De Olavide JE. Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatitis [Reimpresión de la edición de: Madrid. Imprenta de T. Fortanet; 1879]. Zamora: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora; 2006. p. 166.
- <sup>471</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo III. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 100-6.
- <sup>472</sup> De Olavide JE. Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatitis [Reimpresión de la edición de: Madrid. Imprenta de T. Fortanet; 1879]. Zamora: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora; 2006. p. 143-4.
- <sup>473</sup> Gerber de Robles J. Nuevo formulario general completo, o colección de las recetas más usadas en la práctica médica. Tomo I. Valencia: Imprenta de J. Ferrer de Orga; 1839. p. 267.
- <sup>474</sup> Jiménez M. Código de medicamentos o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada con notas, las propiedades, usos y dosis de los medicamentos que contiene, y un suplemento con 152 fórmulas. Madrid: Imprenta de D. N. Sánchez; 1840. p. 311.
- <sup>475</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 276.
- <sup>476</sup> Gerber de Robles J. Nuevo formulario general completo, o colección de las recetas más usadas en la práctica médica. Tomo I. Valencia: Imprenta de J. Ferrer de Orga; 1839. p. 268.

- 
- <sup>477</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazal; 1862. p. 515.
- <sup>478</sup> Plenck JJ. Farmacología quirúrgica o Ciencias de medicamentos externos e internos precisos para curar las enfermedades de Cirugía. Segunda edición. Madrid: Imprenta de Villalpando; 1805. p. 196-8.
- <sup>479</sup> Jiménez M. Código de medicamentos o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada con notas, las propiedades, usos y dosis de los medicamentos que contiene, y un suplemento con 152 fórmulas. Madrid: Imprenta de D. N. Sánchez; 1840. p. 69-70.
- <sup>480</sup> Schedel HE, Cazenave A. Tratado práctico de las enfermedades de la piel. Traducido de la cuarta edición por Don Manuel Antón de Sedano. Madrid: Imprenta de D. M. Delgras; 1851. p. 402.
- <sup>481</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo IV. Madrid: Imprenta que fue de Fuentenebro; 1829. p. 83-5.
- <sup>482</sup> Jiménez M. Código de medicamentos o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada con notas, las propiedades, usos y dosis de los medicamentos que contiene, y un suplemento con 152 fórmulas. Madrid: Imprenta de D. N. Sánchez; 1840. p. 164-5.
- <sup>483</sup> Durán F. Bitácora médica del Doctor Falcón: La medicina y la farmacia en el siglo XIX. Madrid: Plaza y Valdés; 2000. p. 306.
- <sup>484</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 315.
- <sup>485</sup> Jiménez M. Código de medicamentos o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada con notas, las propiedades, usos y dosis de los medicamentos que contiene, y un suplemento con 152 fórmulas. Madrid: Imprenta de D. N. Sánchez; 1840. p. 397-8.
- <sup>486</sup> Bixquert M. Tratamiento del estreñimiento. En: Rodés J, Carné X, Trillo A. Manual de terapéutica médica. Barcelona: Elsevier-Masson; 2002. p. 347-56.
- <sup>487</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la tercera y última edición por D. Matías Nieto Serrano. Tomo III. Madrid: Imprenta de José Redondo Calleja; 1848. p. 40.
- <sup>488</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo II. Madrid: Imprenta que fue de Fuentenebro; 1829. p. 321-4.
- <sup>489</sup> Schedel HE, Cazenave A. Tratado práctico de las enfermedades de la piel. Traducido de la cuarta edición por Don Manuel Antón de Sedano. Madrid: Imprenta de D. M. Delgras; 1851. p. 403-4.
- <sup>490</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo I. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 105-44.
- <sup>491</sup> Jiménez M. Codex o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada. Segunda edición. Madrid: Imprenta de D. N. Sanchiz; 1847. p. 441.
- <sup>492</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 87.
- <sup>493</sup> Mutis JC, Hernández de Gregorio M. El Arcano de la Quina. Obra póstuma del Doctor D. José Celestino Mutis. Dala a la luz pública el Doctor D. Manuel Hernández de Gregorio. Madrid: Ibarra, impresor de cámara de S.M.; 1828. p. III-VIII.



- 
- <sup>494</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo III. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 293-339.
- <sup>495</sup> Jiménez M. Codex o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada. Segunda edición. Madrid: Imprenta de D. N. Sanchiz; 1847. p. 134-5.
- <sup>496</sup> Durán F. Bitácora médica del Doctor Falcón: La medicina y la farmacia en el siglo XIX. Madrid: Plaza y Valdés; 2000. p. 152.
- <sup>497</sup> Méndez Álvaro F. Tratado completo de las enfermedades venéreas o resumen general de cuantas obras, memorias y demás escritos se han publicado sobre esta dolencia. Por el Doctor Fabre. Tomo II. (Formulario especial para el tratamiento de las enfermedades venéreas). Madrid: Redacción, calle de Los Caños, núm. 4; 1850. p. 74.
- <sup>498</sup> Block JH, Beale JM. Wilson and Gisvold's Textbook of Organic Medicinal and Pharmaceutical Chemistry. 11<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 755-6.
- <sup>499</sup> Cerna D. Note on the Newer Remedies. Charleston: BiblioBazaar; 2008. p. 133-4.
- <sup>500</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo III. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 1-43.
- <sup>501</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo I. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 369-83.
- <sup>502</sup> Olavide JE. Fórmula del tratamiento de la escrófula cutánea maligna o lupus por el aceite de hígado de bacalao. En: Olavide JE. Del modo de administración y aplicación del ácido fénico en varias enfermedades en que se ha recomendado. Madrid: Imprenta de la Biblioteca de Instrucción y Recreo; 1873/1874. p. 33-4.
- <sup>503</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 366-8.
- <sup>504</sup> Diccionario de Medicina, Cirujía [sic], Farmacia, Medicina Legal, Física, Química, Botánica, Mineralogía, Zoología y Veterinaria. Sacada de las obras de Nysten, Bricheteau, O. Henry, J. Briand, Jourdan, etc. Aumentado y revisado por el Dr. D. José Castells. Tomo II. Paris: Imprenta de Arbieu; 1854. p. 271.
- <sup>505</sup> Lopes de Almeida JM. Formulación farmacéutica de productos fitoterapéuticos. En: Sharapin N. Fundamentos de Tecnología de Productos Fitoterapéuticos. Bogotá: Convenio Andrés Bello; 2000. p. 116-7.
- <sup>506</sup> Jiménez M. Codex o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada. Segunda edición. Madrid: Imprenta de D. N. Sanchiz; 1847. p. 170-1.
- <sup>507</sup> Trousseau A, Reveil O. Tratado completo del arte de recetar. Nueva traducción enriquecida con muchas recetas de las farmacopeas y formularios españoles por D. Antonio Sánchez de Bustamante. Madrid: Imprenta de D. J. Redondo Calleja; 1853. p. 171.
- <sup>508</sup> Méndez Álvaro F. Tratado completo de las enfermedades venéreas o resumen general de cuantas obras, memorias y demás escritos se han publicado sobre esta dolencia. Por el Doctor Fabre. Tomo II. (Formulario especial para el tratamiento de las enfermedades venéreas). Madrid: Redacción, calle de Los Caños, núm. 4; 1850. p. 19.
- <sup>509</sup> Álvarez F. Formulario Universal. Tomo II. Madrid: Librería de la Señora viuda de Calleja e hijos; 1841. p. 384.
- <sup>510</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo IV. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 152-63.

- 
- <sup>511</sup> Bravo L, Marhuendo E. Jaborandi. En: Bravo L. Farmacognosia. Madrid: Elsevier España; 2003. p. 205-6.
- <sup>512</sup> Strisover. Pilocarpine in Puerperal Eclampsia. *New England Medical Monthly*. 1892: 134: 65.
- <sup>513</sup> Anónimo. Hair Stimulants. *The Popular Science Monthly*. 1894: 46 (December): 283.
- <sup>514</sup> Piffard HG, Morrow PA. Journal of Cutaneous and Venereal Diseases. Volume III. New York: William Wood & Company; 1885. p. 180-2.
- <sup>515</sup> Anónimo. Des applications externes de pilocarpine dans le traitement des néphrites et de leur effet diurétique en particulier, par le docteur Émile Julia. *Lyon Médical*. 1896 : 49 (6-Décembre) : 490-3.
- <sup>516</sup> Anónimo. Pseudo-atrophie de la papille, par Trousseau, rapport par Abadie. *Revue des Sciences Médicales en France e à L'étranger*. 1888: 1 (31): 253.
- <sup>517</sup> Durán F. Bitácora médica del Doctor Falcón: La medicina y la farmacia en el siglo XIX. Madrid: Plaza y Valdés; 2000. p. 605.
- <sup>518</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo III. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 106-14.
- <sup>519</sup> Olavide JE. Fórmula del tratamiento de las adenitis crónicas y de los infartos crónicos de las glándulas y órganos glandulares, especialmente del testículo, por el extracto de cicuta, solo o auxiliado por los calomelanos. En: Olavide JE. Del modo de administración y aplicación del ácido fénico en varias enfermedades en que se ha recomendado. Madrid: Imprenta de la Biblioteca de Instrucción y Recreo; 1873/1874. p. 33.
- <sup>520</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 281.
- <sup>521</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo IV. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 163-85.
- <sup>522</sup> Jiménez M. Codex o Farmacopea francesa. Traducida al castellano y aumentada. Segunda edición. Madrid: Imprenta de D. N. Sanchiz; 1847. p. 129-30.
- <sup>523</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 169-70.
- <sup>524</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo IV. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 253-81.
- <sup>525</sup> Méndez Álvaro F. Tratado completo de las enfermedades venéreas o resumen general de cuantas obras, memorias y demás escritos se han publicado sobre esta dolencia. Por el Doctor Fabre. Tomo II. Madrid: Redacción, calle de Los Caños, núm. 4; 1850. p. 427-8.
- <sup>526</sup> De Escalada G, Saez A, de Arce J, Santos Guerra M. Nuevo formulario médico-quirúrgico de los Hospitales Generales y demás Establecimientos de Beneficencia de Madrid. 2ª edición. Madrid: Imprenta y fundición de D. E. Aguado; 1853. p. 344-5.
- <sup>527</sup> Covisa JS, Bejarano J. Granuloma venéreo. En: Jessner S. Manual de las enfermedades de la piel y sexuales. 6ª y 7ª edición, traducida del alemán por el Dr. J. Bejarano. Tomo II (apéndice). Madrid: Espasa-Calpe; 1927. p. 452-61.

- 
- <sup>528</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo III. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 144-6.
- <sup>529</sup> Sansom AE. Chloroform: Its Action and Administration. London: John Churchill and Sons; 1865. p. 1-17.
- <sup>530</sup> Mawson AR. The hands of John Snow: clue to his untimely death? *J Epidemiol Community Health*. 2009; 63: 497-9.
- <sup>531</sup> Cartilla para la instrucción de las compañías sanitarias, aprobada por Real Orden de 13 de agosto de 1866. Madrid: D. Alejandro Gómez Fuentenebro; 1867. p. 232-3.
- <sup>532</sup> Watts P, Long G, Meek ME. Chloroform: Concise International Chemical Assessment Document 58. Geneva: World Health Organization; 2004. p. 16-8.
- <sup>533</sup> Quijano López-Malo C. Tratado de operaciones quirúrgicas. Sección tercera: Operaciones especiales. Valladolid: Imprenta de hijos de Rodríguez; 1867. p. 719-32.
- <sup>534</sup> Del Río E. El Hospital de San Juan de Dios de Madrid. Sus orígenes y su ocaso. En: Conde-Salazar L. Piel de cera: Olavide, San Juan de Dios y el Museo. Madrid: Luzán 5; 2006. p. 15-6.
- <sup>535</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sífilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 225-6.
- <sup>536</sup> Quijano López-Malo C. Tratado de operaciones quirúrgicas. Sección tercera: Operaciones especiales. Valladolid: Imprenta de hijos de Rodríguez; 1867. p. 698-705.
- <sup>537</sup> Thomson A, Miles A. Manual of Surgery. Volume 1<sup>st</sup>: General Surgery. 6<sup>th</sup> edition revised. Edinburgh: Republished 2008 by Forgotten Books; 1921. p. 150-1.
- <sup>538</sup> Luciano de Murrieta J. Tratado de las enfermedades de la piel. Madrid: Imprenta de la compañía de Impresores y Libreros del Reino; 1848. p. 6-13.
- <sup>539</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 68-72.
- <sup>540</sup> Diccionario de Medicina, Cirujía [sic], Farmacia, Medicina Legal, Física, Química, Botánica, Mineralogía, Zoología y Veterinaria. Sacada de las obras de Nysten, Bricheteau, O. Henry, J. Briand, Jourdan, etc. Aumentado y revisado por el Dr. D. José Castells. Tomo II. Paris: Imprenta de Arbieu; 1854. p. 250.
- <sup>541</sup> Quijano López-Malo C. Tratado de operaciones quirúrgicas. Sección primera: Operaciones elementales. Valladolid: Imprenta de hijos de Rodríguez; 1866. p. 103-7.
- <sup>542</sup> Gerdy PN. Enfermedades generales y diátesis. Con nuevas investigaciones sobre las inflamaciones, las diátesis purulentas, las gangrenas, las quemaduras, las congelaciones, las heridas por armas de fuego, etc. Madrid: Imprenta de M. Rivadeneyra; 1853. p. 476-7.
- <sup>543</sup> Quijano López-Malo C. Tratado de operaciones quirúrgicas. Sección primera: Operaciones elementales. Valladolid: Imprenta de hijos de Rodríguez; 1866. p. 97-103.
- <sup>544</sup> Guérin A. Éloge de Vidal (De Cassis). Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris pendant l'année 1859. Tome X. Paris: Imprimeur de l'Empereur; 1860. p. I-XVI.
- <sup>545</sup> Aguinaga G. El Practicante: Compendio de anatomía normal, vendajes, apósitos y curas. Madrid: Imprenta de M. Burgase; 1886. p. 311-5.
- <sup>546</sup> Mascaró y Porcar JM. Diccionario médico. 3ª edición. Barcelona: Masson; 1990. p. 494.

- 
- <sup>547</sup> Tissandier G. La science pratique suite des recettes et procédés utiles. Paris: G. Masson; 1889. p. 301-5.
- <sup>548</sup> Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 96-7.
- <sup>549</sup> Olavide JE. De la lepra. En: Actas de las sesiones del Congreso Médico Español celebrado en Madrid. Septiembre de 1864. Madrid: Imprenta de José M. Ducazcal; 1865. p. 172-4.
- <sup>550</sup> De Olavide JE. Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatosis [Reimpresión de la edición de: Madrid. Imprenta de T. Fortanet; 1879]. Zamora: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zamora; 2006. p. 244.
- <sup>551</sup> Gómez M, Olavide JE, Ossorio F. Conclusiones sobre el valor de la cirugía en el tratamiento de los tumores cancerosos. En: Actas de las sesiones del Congreso Médico Español celebrado en Madrid. Septiembre de 1864. Madrid: Imprenta de José M. Ducazcal; 1865. p. 356-8.
- <sup>552</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 287-91.
- <sup>553</sup> Ortiz MM. Valor del tratamiento quirúrgico del cáncer. En: Actas de las sesiones del Congreso Médico Español celebrado en Madrid. Septiembre de 1864. Madrid: Imprenta de José M. Ducazcal; 1865. p. 358-62.
- <sup>554</sup> De Alfaro N. Tratado teórico-práctico de enfermedades cutáneas. Tomo II. Madrid: Imprenta de Yenes; 1840. p. 37-46.
- <sup>555</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 208-14.
- <sup>556</sup> Plenck JJ. Farmacología quirúrgica o Ciencias de medicamentos externos e internos precisos para curar las enfermedades de Cirugía. Segunda edición. Madrid: Imprenta de Villalpando; 1805. p. 185-7.
- <sup>557</sup> Quijano López-Malo C. Tratado de operaciones quirúrgicas. Sección primera: Operaciones elementales. Valladolid: Imprenta de hijos de Rodríguez; 1866. p. 148-201.
- <sup>558</sup> Manrique J. La sangría: del mito al logos y del rito a la técnica. *Médicos y Medicina en la Historia*. 2002; 3: 5-10.
- <sup>559</sup> Durán F. Bitácora médica del Doctor Falcón: La medicina y la farmacia en el siglo XIX. Madrid: Plaza y Valdés; 2000. p. 11.
- <sup>560</sup> Munshi Y, Ara I, Rafique H, Ahmad Z. Leeching in the history-a review. *Pak J Biol Sci*. 2008; 11: 1650-3.
- <sup>561</sup> Eldor A, Orevi M, Rigbi M. The role of the leech in medical therapeutics. *Blood Rev*. 1996; 10: 201-9.
- <sup>562</sup> Luciano de Murrieta J. Tratado de las enfermedades de la piel. Madrid: Imprenta de la compañía de Impresores y Libreros del Reino; 1848. p. 241-2.
- <sup>563</sup> Plenck JJ. Farmacología quirúrgica o Ciencias de medicamentos externos e internos precisos para curar las enfermedades de Cirugía. Segunda edición. Madrid: Imprenta de Villalpando; 1805. p. 5-6.
- <sup>564</sup> Trousseau A, Pidoux H. Tratado de Terapéutica y Materia Médica traducido al castellano de la quinta edición. Tomo I. Madrid: Imprenta de Manuel de Rojas; 1857. p. 232.
- <sup>565</sup> Ortiz de Craspeña A. Del uso de las planchas de plomo en la curación de ciertas úlceras, por Mr. Levrat-Perroton. *Boletín de Medicina, Cirujía [sic] y Farmacia*. 1835; 43 (Jueves 26 de Marzo): 97-8.

- <sup>566</sup> Plenck JJ. Farmacología quirúrgica o Ciencias de medicamentos externos e internos precisos para curar las enfermedades de Cirugía. Segunda edición. Madrid: Imprenta de Villalpando; 1805. p. 437-9.
- <sup>567</sup> Trousseau A, Reveil O. Tratado completo del arte de recetar. Nueva traducción enriquecida con muchas recetas de las farmacopeas y formularios españoles por D. Antonio Sánchez de Bustamante. Madrid: Imprenta de D. J. Redondo Calleja; 1853. p. 81-2.
- <sup>568</sup> Méndez Álvaro F. Tratado completo de las enfermedades venéreas o resumen general de cuantas obras, memorias y demás escritos se han publicado sobre esta dolencia. Por el Doctor Fabre. Tomo II. (Formulario especial para el tratamiento de las enfermedades venéreas). Madrid: Redacción, calle de Los Caños, núm. 4; 1850. p. 95-7.
- <sup>569</sup> Jourdan AJL. Farmacopea Universal o reunión comparativa de las farmacopeas. Tomo III. Madrid: Imprenta de Don Ramón Verges; 1829. p. 248-9.
- <sup>570</sup> González y Crespo MJ. Tratado de las escrófulas, y su curación mediante el uso de las aguas minero-medicinales de Carlos III, en la villa de Trillo: con la estadística médico-hidrológica de las temporadas de los años de 1852 y 1853. Segunda edición. Madrid: Imprenta de don Alejandro Gómez Fuentenebro; 1854. p. 81-93.
- <sup>571</sup> De Vicente J. Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas, y de las sifilíticas. Madrid: Establecimiento tipográfico de T. Fortanet; 1865. p. 155-6.
- <sup>572</sup> González y Crespo MJ. Tratado de varias aguas minero-medicinales de España, que comprende las del Molar, en la provincia de Madrid; las de Archena, en la de Murcia; las de Sierra Alhamilla, en la de Almería; las de Lanjarón, en la de Granada: precedido de un discurso sobre las aguas y el clima. Madrid: Imprenta Nacional; 1842. p. 3-44.
- <sup>573</sup> Leralta J. El Molar. La leyenda de la fuente del Toro. En: Leralta J. Madrid: Cuentos, leyendas y anécdotas. Volumen I. Madrid: Sílex; 2001. p. 33-5.
- <sup>574</sup> González y Crespo MJ. Tratado de varias aguas minero-medicinales de España, que comprende las del Molar, en la provincia de Madrid; las de Archena, en la de Murcia; las de Sierra Alhamilla, en la de Almería; las de Lanjarón, en la de Granada: precedido de un discurso sobre las aguas y el clima. Madrid: Imprenta Nacional; 1842. p. 45-82.
- <sup>575</sup> Duchesne-Duparc LV. Tratado práctico de dermatosis o enfermedades de la piel, clasificadas según el método natural. Madrid: Imprenta de J. M. Ducazcal; 1862. p. 364.
- <sup>576</sup> Álvarez F. Formulario Universal. Tomo III. Madrid: Librería de la Señora viuda de Calleja e hijos; 1841. p. 387.
- <sup>577</sup> Andral G, Ratier F. Agua del mar. Terapéutica. En: Diccionario de Medicina y de Cirugía Prácticas. Por Andral, Bégin, Blandin, Bouillaud, Bouvier, Cruveilhier et al. Traducido al español por Don Felipe Losada Somoza. Tomo I. Madrid: Imprenta de D. Ignacio Boix; 1838. p. 473-6.
- <sup>578</sup> Hayter C. An Element of Hope. Radium and the Response to Cancer in Canada, 1900-1940. Montreal: McGill-Queen's University Press; 2005. p. 11-6.
- <sup>579</sup> Sánchez-Covisa J, Bejarano J. Elementos de Dermatología. Madrid: Unión Poligráfica; 1936. p. 90-6.
- <sup>580</sup> Regato. Resultados de la radium-terapia en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 1909; 2: 162-4.
- <sup>581</sup> Rodríguez L. Dos casos de epiteloma de la piel, tratados y curados por el Radium. *Actas Dermosifiliogr.* 1912; 4: 227-30.
- <sup>582</sup> Del Río E. Los orígenes de la escuela madrileña de Dermatología [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1996. p. 362-6.

---

<sup>583</sup> O'Dell JR, Steigerwald JC, Kennaugh RC, Hawkins R, Holers VM, Kotzin BL. Lack of clinical benefit after treatment of systemic sclerosis with total lymphoid irradiation. *J Rheumatol.* 1989;16:1050-4.

<sup>584</sup> Colver GB, Rodger A, Mortimer PS, Savin JA, Neill SM, Hunter JA. Post-irradiation morphoea. *Br J Dermatol.* 1989; 120: 831-5.

<sup>585</sup> Bleasel NR, Stapleton KM, Commens C, Ahern VA. Radiation-induced localized scleroderma in breast cancer patients. *Australas J Dermatol.* 1999; 40: 99-102.

<sup>586</sup> Marrón J, Marrón S. Evolución histórica de la Radioterapia. En: Calap Calatayud J. y Rodríguez Murillo JA. Aspectos históricos de la Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología Española. Barcelona: Gráficas Coll; 1985. p. 215-45.

<sup>587</sup> Reglamento del cuerpo facultativo de beneficencia municipal de Madrid, aprobado por Real Orden de 9 de julio de 1864. Madrid: Oficina tipográfica de los asilos de San Bernardino; 1864. p. 9-10.